

ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERÍA  
“CASA DE SALUD VALDECILLA”  
UNIVERSIDAD DE CANTABRIA



Los trastornos sexuales. Una visión desde  
atención primaria

---

Sexual disorders. A view from primary care

**AUTOR:** PATRICIA VICENTE GÓMEZ

**DIRECTORA:** M<sup>a</sup> MAR APARICIO SANZ

**GRADO EN ENFERMERÍA**

**TRABAJO FIN DE GRADO. JULIO 2016**

# Índice

---

<b>Resumen</b> .....	<b>1</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>1</b>
<b>Introducción</b> .....	<b>2</b>
Objetivos .....	3
Estrategias de búsqueda bibliográfica .....	3
Descripción de los capítulos .....	4
<b>Capítulo I: Los trastornos sexuales</b> .....	<b>6</b>
I.I. Definición. ....	6
I.II. Tipos y clasificación. ....	6
I.III. Prevalencia y etiología. ....	9
I.IV. Diagnóstico.....	11
<b>Capítulo II. Evaluación y tratamiento</b> .....	<b>14</b>
II.I Instrumentos de evaluación.....	14
II.II Tratamiento psicológico.....	16
II.III Tratamiento médico.....	19
<b>Capítulo III: Abordaje desde atención primaria</b> .....	<b>21</b>
III. I El papel de la enfermería .....	21
III.II Estrategias y recursos utilizados .....	23
<b>Capítulo IV: Reflexiones</b> .....	<b>26</b>
<b>Referencias Bibliográficas</b> .....	<b>27</b>
<b>Anexos</b> .....	<b>32</b>

# Resumen

---

Los trastornos sexuales son aquellos estados funcionales o conductuales que actúan de obstáculo en el ejercicio normal de la actividad sexual. Se distinguen tres tipos principalmente, las disfunciones psicosexuales, los trastornos parafilicos y la disforia de género.

En los últimos años, la prevalencia de estos trastornos se ha incrementado gradualmente a nivel mundial. Debido a la magnitud del problema, se han llevado a cabo diversos mecanismos de valoración y evaluación, orientados a conocer el problema, diagnosticarlo y posteriormente abordarlo a través de terapia médica y psicológica.

La enfermería en atención primaria resulta una pieza clave dentro del tratamiento de personas con trastornos sexuales, además del primer punto de acceso y referencia consultado por los pacientes. Asimismo, es la encargada de promover la adherencia al tratamiento, las conductas sexuales saludables, a la vez que contribuye a eliminar los convencionalismos asociados a dichos trastornos.

En la presente monografía se lleva a cabo una revisión de los principales trastornos sexuales, los distintos tratamientos para paliarlos y la importancia de la formación de los profesionales sanitarios con el objetivo de preservar la salud sexual, entendiéndola como parte fundamental dentro del desarrollo del ser humano.

**Palabras clave:** *disfunciones psicosexuales, trastornos parafilicos, disforia de género, tratamiento, enfermería en atención primaria.*

# Abstract

---

Sexual disorders are those functional states or behavioral acting obstacle in the normal exercise of the sexual activity. Distinguishes three types mainly, psychological sexual dysfunctions, paraphilics disorders and gender dysphoria.

In recent years, the prevalence of these disorders has increased gradually around the world. Due to the magnitude of the problem, different valuation mechanisms have been conducted and assessment aimed to know the problem, diagnose it and then deal with it through medical and psychological therapy.

Primary care nursing is a key element in the treatment of people with sexual disorders, as well as the first point of access and reference consulted by patients. It is also responsible for promoting adherence to treatment, healthy sexual behavior, at the same time contributing to remove the conventions associated with these disorders.

In the present monograph is conducted a review of the main sexual disorders, the different treatments to alleviate them and the importance of the training of health professionals with the aim of preserving sexual health as an essential part in the development of the human being.

**Key words:** *Psychological sexual dysfunctions, paraphilics disorders, gender dysphoria, therapeutics, primary care nursing.*

# Introducción

---

La sexualidad humana, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2006), es descrita como: *“Un aspecto central del ser humano a lo largo de toda su vida, que incluye al sexo, la identidad y rol de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. Se vive y expresa mediante los pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales”* (1).

Desde una perspectiva histórica, la sexualidad ha dado lugar a numerosas acepciones y a su vez, ha ido evolucionando ligada a la mentalidad del ser humano. Durante la Prehistoria, el primordial objetivo se basaba en mantener la función reproductiva y la subsistencia del individuo. Posteriormente en la cultura helénica, la potenciación de la figura masculina era clave en todas las relaciones. Con el judaísmo llegó la represión de la sexualidad, particularmente en la mujer (2). Pero no es hasta pasado el comienzo del siglo XIX, cuando el concepto de sexualidad se adentra en nuestra sociedad y le comenzamos a dar el significado que hoy en día tiene (3, 4,5).

Un punto clave en la evolución del propio término, fue cuando en 1966 la pareja compuesta por William H. Masters y Virginia Johnson establecen en su libro *“La sexualidad humana”* las bases de la terapia sexual moderna, a través de un modelo fisiológico que hoy en día conocemos como *Funcionamiento normal de la respuesta sexual humana*. Éste modelo se compone por cuatro fases o etapas, manifestándose de forma diferente en hombres y mujeres: **fase de excitación - fase de meseta o mantenimiento - fase de orgasmo y fase de resolución** (6,7).

Tras este gran hito que marcó un antes y un después en la historia de la sexualidad humana, autores como Kaplan (1979), introdujeron nuevos cambios a este modelo, con el fin de adaptarlo a la persona de una forma más integral y específica. Una de esas modificaciones llevadas a cabo, fue la inclusión de la **fase de deseo**. Esta etapa, antecede a la primera fase de excitación y alberga ese interés sexual por parte de los integrantes de la pareja que hace que comience el acto (6).

Pese a que la sexualidad se puede considerar como un aspecto muy amplio del ser humano, no hay que olvidarse que en la propia definición va implícito uno de los términos esenciales en la elaboración de este trabajo, la *salud sexual*. La idea central en la que se fundamenta la salud sexual, es el bienestar de la persona enfocado al convencimiento y al respeto en las relaciones sexuales, además de la necesidad de mantener un estado positivo y de aceptación, ante un problema clínico específico (8).

Entre las tareas principales que debe fomentar el profesional sanitario, se encuentra el generar interés en el paciente acerca de temas relacionados con la sexualidad y la problemática que conlleva, aprovechando esa comunicación para eliminar determinados mitos sociales infundados en la sociedad y abrir una puerta hacia la mejora de la relación terapéutica profesional-paciente. Por otra parte, el componente educativo liderado por la figura enfermera juega un importante papel en todo este proceso, ya no solo en la prevención, sino también en la intervención de determinadas actividades relacionadas con la salud sexual (9).

Una de las razones de peso por la cual los profesionales deben de tener la formación necesaria, es el incremento gradual de la prevalencia de los trastornos sexuales, más en concreto de las disfunciones sexuales en las que alrededor de un 60-70% de la población padece este tipo de problema. En estos casos, se debe de tener en cuenta que el trastorno no

solo lo padece el paciente, sino que también va a verse afectada la pareja, y por consiguiente, el entorno familiar y social (9,10).

Por todo ello y como consecuencia de la estrecha relación entre salud general y salud sexual, he querido elaborar este trabajo centrándome en una parte muy importante de esta materia: qué son los trastornos sexuales, cuáles son los más prevalentes, qué tipo de tratamientos son los más empleados y sobre manera, qué conocimientos y habilidades deben de tener los profesionales de enfermería, para establecer propuestas de actuación más precisas.

## **OBJETIVOS**

A continuación se exponen los objetivos, tanto generales como específicos, que se pretenden alcanzar con el presente trabajo.

### **Objetivo general:**

- Comprender la importancia de los trastornos sexuales en la actualidad y su abordaje desde atención primaria.

### **Objetivos específicos:**

- Conocer la clasificación y criterios diagnósticos de los trastornos sexuales.
- Analizar las opciones de tratamiento más efectivas en este tipo de problemas.
- Describir las intervenciones de enfermería y las estrategias y recursos utilizados desde Atención Primaria.

## **ESTRATEGIAS DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA**

Para la realización de este trabajo se ha realizado una revisión bibliográfica de gran variedad de artículos, libros, guías y revistas.

En primer lugar, se establecieron unas palabras clave (Tabla 1), para de este modo acotar la búsqueda, mediante los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) y sus respectivos Medical Subject Headings (MeSH).

Seguidamente y tras haber obtenido las palabras clave necesarias para comenzar la revisión bibliográfica, se utilizaron las siguientes bases de datos: PubMed, Clinical Key, Scielo, Google Académico y Dialnet; además de guías de práctica clínica, páginas web de asociaciones e información de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Una vez encontradas las referencias, se aplicaron una serie de criterios clave para la posterior elaboración del trabajo.

- Criterios de inclusión:
  - Artículos redactados en español y en inglés.
  - Artículos relevantes y relacionados con el tema a tratar.
  - La gratuidad en la búsqueda de artículos.

Cabe destacar que no se ha incorporado como criterio de inclusión los artículos encontrados con fecha anterior a 5 años, debido a la escasa variedad encontrada de documentos relevantes relacionados con el tema a tratar.

- Criterios de exclusión:
  - No poder obtener el texto completo en ningún formato (PDF, Word...).
  - Ser necesario el pago en la obtención de artículos.

- Contener información irrelevante sobre la materia estudiada.

En el esquema 1, se encuentra representado a través de un flujograma, la estrategia de búsqueda bibliográfica utilizada.

**Tabla 1.** Palabras clave.

Términos DeCS	Términos MeSH
Disfunciones psicosexuales	Sexual Dysfunctions, Psychological
Trastornos parafílicos	Paraphilic Disorders
Disforia de género	Gender Dysphoria
Tratamiento	Therapeutics
Enfermería en atención primaria	Primary Care Nursing

### **DESCRIPCIÓN DE LOS CAPÍTULOS**

La siguiente monografía, está estructurada en base a cuatro capítulos principales, procediendo a describir brevemente cada uno de ellos:

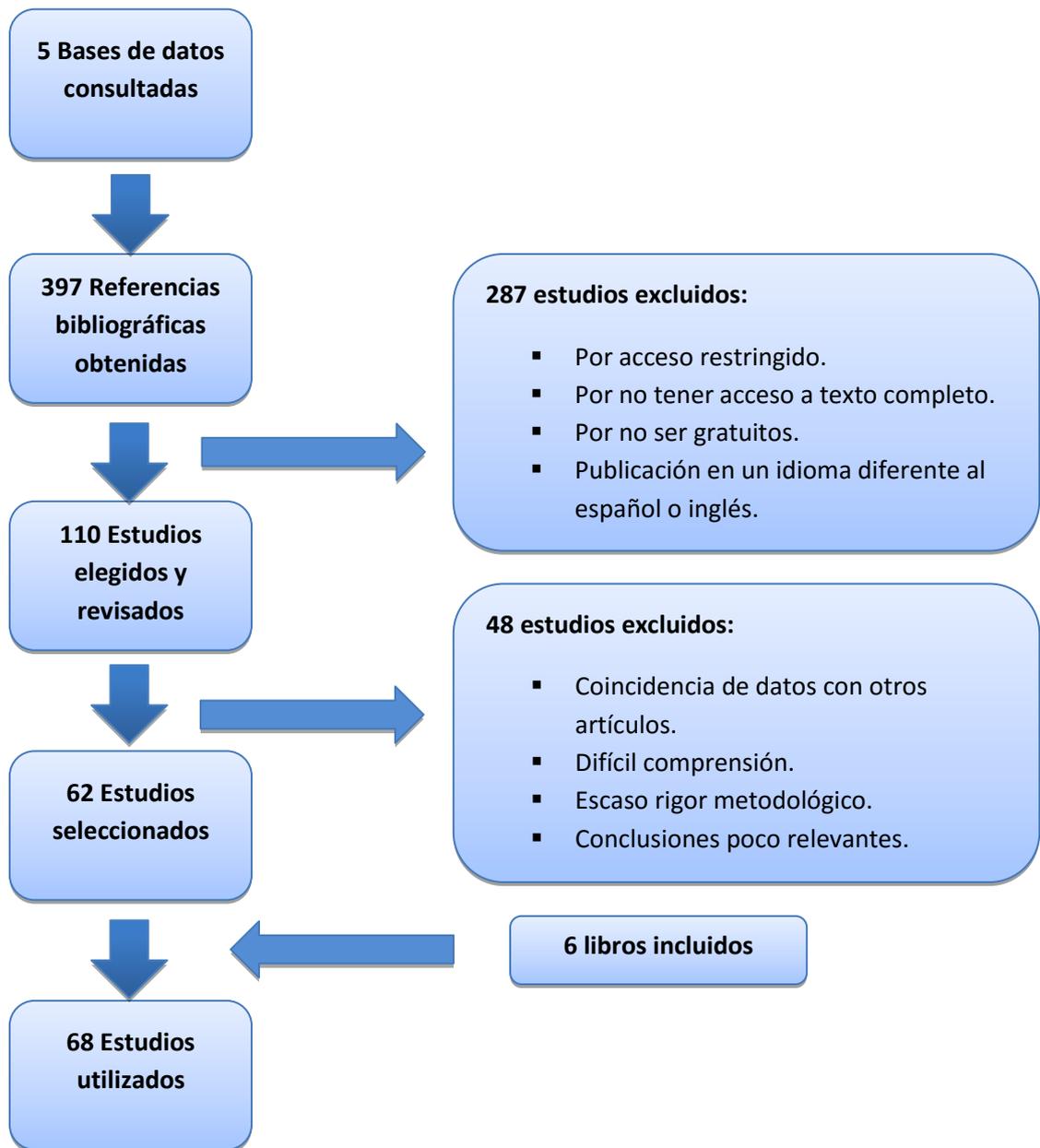
**Capítulo I: Los Trastornos sexuales**, se divide en cuatro subcapítulos, en los que se pretende desarrollar el concepto y los tipos de trastornos sexuales.

**Capítulo II: Evaluación y tratamiento**, se divide en tres subcapítulos, que versan acerca de las herramientas de valoración y evaluación más utilizadas, además del tratamiento de los trastornos sexuales más prevalentes.

**Capítulo III: Abordaje desde Atención Primaria**, se divide en dos subcapítulos, en los que se determina el rol que juega el profesional de enfermería y las estrategias y técnicas empleadas desde atención primaria.

**Capítulo IV: Reflexiones**, se exponen las principales conclusiones extraídas de esta monografía.

Esquema 1. Flujo de la estrategia de búsqueda utilizada.



# Capítulo I: Los trastornos sexuales

---

## I.I. DEFINICIÓN.

Numerosos avances científicos e investigaciones sobre sexualidad humana, se han ido sucediendo a raíz del descubrimiento de las fases de la respuesta sexual por Masters & Johnson (1966). A continuación, se describen más en profundidad cada una de estas etapas: **fase de excitación** o también llamada de estimulación, es donde comienza la activación sexual y en la cual, se producen cambios fisiológicos en ambos sexos (aumento de la lubricación vaginal en la mujer y erección del pene en el hombre, entre otros); **fase de meseta o etapa de mantenimiento**, se produce un importante aumento de la tensión sexual (p.ej., clítoris retraído y elevación testicular completa); **fase de orgasmo**, consiste en la liberación de toda la tensión sexual retenida desde el comienzo del acto, originando el orgasmo y la eyaculación en el sexo masculino; y por último, la **fase o etapa resolutive**, caracterizada por una relajación muscular y sensación de bienestar general, siendo exclusivo en el hombre el llamado *período refractario*, donde es complicado que pueda llegar a tener una nueva erección y alcanzar otro orgasmo (6).

Hasta hace poco tiempo, los trastornos sexuales únicamente se diagnosticaban en varones, excluyendo a las féminas de la muestra tomada para el estudio. Gracias a los cambios sociopolíticos, culturales e ideológicos ocurridos en las últimas décadas, las mujeres han adquirido el protagonismo en la sociedad que les compete. Paulatinamente, han sido incluidas en estudios relativos a las alteraciones sexuales, aunque no de manera tan visible como se quisiera (11, 12).

### **Pero... ¿Qué son realmente los trastornos sexuales?**

Los trastornos sexuales son aquellos estados funcionales o conductuales que actúan de obstáculo en el ejercicio normal de la actividad sexual (12, 13).

Aunque en las nuevas clasificaciones correspondientes al manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5, el capítulo de trastornos sexuales y de Identidad sexual se desdobra en tres apartados distintos (disfunciones sexuales, trastornos parafilícos y disforia de género), aún son muchos artículos e investigaciones los que se rigen bajo el concepto de trastornos sexuales. En el *anexo 1*, se muestra una tabla comparativa en la cual se realiza una diferencia de las características más notables de los trastornos sexuales respecto a los manuales diagnósticos y estadísticos DSM- IV y DSM-5 (14, 15, 16, 17).

## I.II. TIPOS Y CLASIFICACIÓN.

Debido a la división que se ha realizado en la última actualización del manual DSM-5, los tipos de trastorno sexual se clasifican en: disfunciones sexuales, trastornos parafilícos y disforia de género (15, 16, 17,18).

▪ **DISFUNCIONES SEXUALES:** Trastornos diversos que vienen determinados por la incapacidad de una persona para responder sexualmente o sentir placer o malestar en el acto sexual (13, 15,19):

- Se diagnosticarán todas las disfunciones sexuales, en el caso de que el individuo padezca más de una a la vez.
- Se realizará una valoración clínica para determinar si los problemas sexuales son el resultado de una estimulación sexual inapropiada.
- La orientación sexual no es un factor determinante.

La distribución actual de las disfunciones sexuales según el manual DSM-5 es la siguiente (15, 20):

- **Trastorno orgásmico femenino:** se define por una ausencia o retraso para llegar al orgasmo o una destacada reducción en las sensaciones orgásmicas.
- **Trastorno del interés/excitación sexual femenino:** deficiencia o ausencia de interés o deseo de mantener ya no solo relaciones sexuales, sino tampoco contacto íntimo.
- **Eyacuación retardada:** afección en la cual el varón es incapaz, o bien, sufre un retraso en lograr la eyacuación.
- **Trastorno eréctil:** incapacidad recurrente o persistente de conseguir o mantener una erección penénea apropiada.
- **Trastorno del deseo sexual hipoactivo en el varón:** deficiencia o ausencia de fantasías sexuales y de deseo de actividad sexual.
- **Eyacuación precoz:** esta disfunción sexual se define por la expulsión súbita del semen, anteriormente o al poco tiempo después de la penetración vaginal. Se delimita por el *tiempo de latencia eyaculatoria* (tiempo anterior a la eyacuación).
- **Trastorno del dolor génito-pélvico/ penetración:** malestar duradero y repetido en la zona génito-pélvica, antes o durante la actividad sexual.
- **Disfunción sexual inducida por sustancias/medicamentos:** se debe a una alteración de la actividad sexual, que se encuentra directamente relacionada con el inicio, aumento de dosis o retirada de una sustancia/medicamento.
- Las **disfunciones sexuales especificadas** al igual que las **no especificadas** según el DSM-5, *“son aquellas en las que existen síntomas característicos de una disfunción sexual, pero no cumplen los criterios de este tipo de trastornos. En el caso de la disfunción sexual especificada, el profesional indica el motivo por el cual la persona no cumple los criterios diagnósticos para incluirle como una disfunción sexual (p.ej. “aversión al sexo”) (15). Sin embargo, en la disfunción sexual no especificada, “el clínico no especifica el motivo de incumplimiento de los criterios diagnósticos” (15).*

▪ **TRASTORNOS PARAFÍLICOS:** Conductas que difieren de una actividad sexual en sí misma, basadas en fantasías y comportamientos sexuales que comprenden objetos inanimados, sufrimiento y/o desprecio de uno mismo o de su pareja y parejas o niños no tolerantes (16, 21):

- Una persona puede padecer más de un trastorno parafílico.
- El concepto de parafilia y agresión sexual no siempre guardan una relación.

El DSM-5, hace una diferenciación entre las definiciones de parafilia y trastorno parafílico, explicando este último, *“como parafilia que origina malestar a la persona afectada o cuyo gozo, implica daño al propio individuo o a terceros. Por tanto, la parafilia es una condición necesaria pero no suficiente para tener un trastorno parafílico” (16). Por otro lado, “la parafilia en sí misma no requiere necesariamente de atención clínica” (16).*

Los trastornos parafílicos (Tabla 2) se encuentran divididos en dos grupos principales (preferencias de actividad anómala/ preferencias de objetivo anómalo), su clasificación se encuentra a continuación (16, 22,23):

**Tabla 2.** Trastornos parafilicos.

TRASTORNOS PARAFÍLICOS			
ACTIVIDADES ANÓMALAS		OBJETIVO ANÓMALO	
<u>TRASTORNOS DEL CORTEJO</u> (personas que presentan desordenes en la seducción de otros sujetos)	<u>TRASTORNOS ALGOLÁGNICOS</u> (comprende dolor y sufrimiento)	<u>ORIENTADO A OTRAS PERSONAS</u>	<u>ORIENTADO A OTROS CAMPOS</u>
Trastorno de voyeurismo	Trastorno de masoquismo sexual	Trastorno pedofílico	Trastorno de fetichismo
Trastorno de exhibicionismo	Trastorno de sadismo sexual		Trastorno de travestismo
Trastorno de frotteurismo			
Trastornos parafilicos especificados/no especificados			

**Nota:** Adaptado de: American Psychiatric Association. Trastornos parafilicos. DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5ªed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014.p. 685-705.

- **Trastorno de voyeurismo:** trastorno que se caracteriza por la observación, de forma oculta, de personas que se encuentran desnudas, desnudándose o en pleno acto sexual.
- **Trastorno de exhibicionismo:** de manera desprevénida, exposición de los propios genitales a otra persona.
- **Trastorno de frotteurismo:** consiste en la excitación sexual que produce “rozarse”, “tocarse” o “frotarse” con otra persona.
- **Trastorno de masoquismo sexual:** conductas que derivan del hecho de ser humillado, pegado, golpeado, etc. con el único fin de producir excitación sexual intensa.
- **Trastorno de sadismo sexual:** al contrario que el masoquismo sexual, el sadismo se basa en el placer sexual que origina el sufrimiento tanto físico, como psicológico de la otra persona.
- **Trastorno de pedofilia:** actividad sexual con niños prepúberes (menores de 13 años).
- **Trastorno de fetichismo:** uso de objetos inanimados o de otras parte/s del cuerpo, excluyendo los genitales, provocando la excitación sexual intensa y recurrente de la persona. Se manifiesta a través de fantasías o determinados comportamientos.
- **Trastorno de travestismo:** excitación producida por el hecho de travestirse, se manifiesta a través de fantasías o comportamientos irrefrenables.
- **Trastornos parafilicos especificados:** persona que padece síntomas característicos de un trastorno parafilico, que causan deterioro en las relaciones sociales y la laborales, entre otras, pero no cumplen ninguno de los criterios diagnósticos de la categoría de

trastorno parafilico. En este caso, el profesional comunica el motivo por el cual el sujeto no cumple los criterios diagnósticos de ningún trastorno parafilico (p.ej., “zoofilia” o “necrofilia”). Se diferencia de los trastornos parafilicos **no especificados**, en que estos últimos el clínico no especifica el motivo de incumplimiento de los criterios diagnósticos.

▪ **DISFORIA DE GÉNERO.** Para introducir de forma correcta esta expresión y no dar lugar a errores, es necesario aclarar varios conceptos de la conducta psicosexual de una persona “Identidad de sexo”, “Orientación sexual” y “Rol de género” (24,25).

Identidad sexual, anteriormente definida como sexo psicológico, es el convencimiento de uno mismo al sentirse hombre o mujer.

Orientación sexual, atracción no solo sexual, sino física, emocional o intelectual por la otra persona, hacia hombres, mujeres o ambos. Forma parte de cada persona.

Rol de género, conducta que se impone desde el nacimiento (p.ej., vestimenta, maquillaje) en la que el sujeto se define ante los demás, como varón o mujer.

Tras haber definido estas expresiones, **disforia de género** se determina como “*La incongruencia entre el género experimentado o expresado por un sujeto y el género asignado*” (American Psychiatric Association, 2013) (17).

Debido a que la disforia de género varía conforme la edad del individuo, ésta se encuentra dividida en tres grupos principales: **disforia de género en niños** (p.ej., expresan deseo continuo de ser, querer o llegar a ser en un futuro, del sexo opuesto), **en adolescentes** (p.ej., preocupación por los próximos cambios físicos) **y adultos** (p.ej., deseo insistente de conseguir las características primarias o secundarias del sexo opuesto) (17, 26, 27).

Por otra parte, nos encontramos también la clasificación según el DSM-5, entre **disforia de género especificada y disforia de género no especificada**. La primera de ellas se fundamenta en que “*predominan síntomas característicos de disforia de género, que causan malestar clínico en el individuo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes, pero no cumplen la categoría de disforia de género. En este caso, el profesional comunicará el motivo por el cual el sujeto no cumple los criterios adecuados para ser catalogado de disforia de género (p.ej., disforia de género breve)*” (17). Se diferencia de la **disforia de género no especificada**, en que “*el clínico a diferencia de la anterior no especifica el motivo de incumplimiento de los criterios diagnósticos*” (17).

### I.III. PREVALENCIA Y ETIOLOGÍA.

#### PREVALENCIA

Se estima que aproximadamente entre el **40-43% de las mujeres** y el **31% de los hombres** padece algún tipo de **disfunción sexual**, aumentando su frecuencia con la edad y siendo dependiente de la población, sexo y el trastorno específico evaluado (10, 15, 20, 28, 29, 30). Por lo tanto, podemos determinar que las disfunciones sexuales más frecuentes según el DSM-5 y estudios recientes son, el **trastorno eréctil en el hombre y el trastorno de interés/excitación sexual en la mujer** (10, 15, 32).

En la actualidad, aunque conozcamos datos representativos del problema sexual, es difícil determinar la prevalencia exacta de las disfunciones, debido a la gran variabilidad que existe en sus muestras. En mayor medida, esa variabilidad viene determinada por el sexo femenino y su todavía no inclusión completa en la sexualidad ya que más de la mitad de las mujeres, no saben que sufren de algún problema sexual. En todo caso, un posible trastorno sexual se detecta porque el paciente lo expone abiertamente ante el profesional sanitario,

durante una evaluación rutinaria o como manifestación de otra enfermedad somática (p.ej., hipertensión) (10).

En EE.UU, entre el 13-21% de los hombres en edades comprendidas entre los 40-80 años refiere tener problemas de erección frecuentes, mientras que el **40-50%** de los varones mayores de 60-70 años presenta **problemas de erección representativos**. En **España** se estima que entre el **12.1-19%** del sexo masculino, padece de trastorno eréctil, siendo éste el motivo de consulta más frecuente de los servicios sexológicos (10, 15, 31).

Puede dar lugar a error que la prevalencia de este tipo de disfunción se confunda con otra muy frecuente hasta el momento *Eyaculación precoz*, pero según los nuevos criterios diagnósticos establecidos por el DSM-5 "*la eyaculación tiene lugar un minuto después de la penetración vaginal*" (15), siendo el 1-3% de los hombres diagnosticados de este trastorno (15).

En el caso de las mujeres a la hora de evaluar cuál es la disfunción sexual más frecuente, nos encontramos que es realmente complicado establecer unas tasas de prevalencia e incidencia. Por lo tanto, se debe de tener en cuenta el contexto interpersonal y no solo por tener menor deseo de mantener una relación sexual, se diagnostique el trastorno. No obstante, según los datos publicados, el **trastorno de interés/excitación sexual femenino**, está considerado como la disfunción sexual más frecuente entre las mujeres con un **10% de casos diagnosticados** (10, 13, 15, 33).

En el año 2005, se realizó un estudio (*ver anexo 2*) a través del Global Study of Sexual Attitudes and Behaviours (GSSAB), con datos de 30 países, en el que se citaba que un 28% de hombres y un 39% de mujeres referían haber padecido al menos un problema de disfunción sexual en los últimos 12 meses y con una duración mayor o igual a 2 meses. En el estudio queda reflejada la prevalencia de aquellos trastornos, que según nuevas actualizaciones de los manuales de trastornos mentales (DSM-5) han quedado eliminados, pero que gracias a esos datos se han podido realizar nuevas vías de investigación para llegar a las cifras actuales (34).

En cuanto a los **trastornos parafilicos**, se desconoce en la actualidad la prevalencia exacta del problema, ya que los individuos que padecen algún tipo de este trastorno, lo llevan con el máximo "secretismo" hacia el resto, originando de este modo el infradiagnóstico del problema (10, 16,32).

En EE.UU, Barlow & Wincze, realizaron un estudio con 1921 sujetos admitidos en un hospital por desviación sexual, concluyendo que en el **79% de los casos**, los individuos padecían de paidofilia o **pedofilia**, el 15% exhibicionismo y el 4% agresión sexual. Tal fue la trascendencia de dicho estudio, que a día de hoy y según los últimos datos, los trastornos parafilicos más frecuentes continúan siendo la pedofilia y el exhibicionismo, siendo el primero de ellos el más prevalente en un **3-5% de los casos** (10, 16, 25).

En lo que respecta al número de casos en personas con **disforia de género**, las cifras no se pueden detallar con exactitud ya que el propio trastorno es poco frecuente en todo el mundo. En el caso de los adultos nacidos varones, la prevalencia se encuentra entre el **0.005% - 0.0014% y en las nacidas mujeres entre el 0.002-0.003%**. Aunque las cifras no sean lo suficientemente reveladoras al igual que en otro tipo de problemas sexuales, cabe destacar que la disforia de género en la categoría de niños y adolescentes va en aumento tras el establecimiento del Servicio de Gestión del Género Multidisciplinario (17,11).

## ETIOLOGÍA

Si nos centramos en los aspectos etiológicos de las disfunciones sexuales, Masters & Johnson (1970) incorporan en su libro *Incompatibilidad Sexual Humana* una explicación causal acerca de la serie de justificaciones históricas que inciden directamente en la disfunción.

Entre esos factores, mencionan aspectos relacionados con la formación religiosa, los traumas psicosexuales y la presencia de inclinaciones homosexuales, entre otros (6). En consecuencia, no solo se deben tener en cuenta las circunstancias religiosas y culturales que puedan verse reflejadas en la educación sexual de la pareja, sino que tienen que incluirse otro tipo de elementos clave para poder identificar mejor la causa.

En la clasificación actual de las **disfunciones sexuales** y según el manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales DSM-5, se reflejan los más frecuentes: “*factores de pareja*” estado de salud de la pareja, problemas sexuales de la pareja, “*factores de la relación*” mala comunicación, “*factores de debilidad individual, comorbilidad psiquiátrica y estrés*” imagen corporal mala, estados depresivos, duelo y finalmente “*factores médicos*” destacados para analizar el pronóstico, desarrollo y tratamiento del problema, incluyendo en este caso los *fármacos y drogas* que actúan directamente sobre la conducta sexual, o que la afectan de forma indirecta como efecto secundario a su acción sobre alguna otra parte del organismo (p.ej., antihipertensivos, tranquilizantes, etc. (6, 10,15).

Una característica común a todos los **trastornos parafilicos**, es su *edad de aparición*, que por lo general suele encontrarse entre la niñez, la etapa prepuberal o la adolescencia. En función de los años que tenga la persona, irán enfocados la gran mayoría de los tratamientos (16,37).

Una de las teorías más conocidas hasta el momento, es el “*Modelo de aprendizaje cognitivo conductual*” (35), en la cual el niño decide elegir un objeto o un estímulo inadecuado para proporcionarse placer sexual como algo completamente fortuito y relacionado con la personalidad de cada uno. La persona en cuestión, repite de forma sucesiva esta asociación, llegando a producir un afianzamiento de la conducta debido al refuerzo del placer que proporciona (35,37, 38).

En el caso del **trastorno de pedofilia**, una de las causas que se identifica con el problema, es el aprendizaje de actitudes negativas hacia el sexo, descrito en una persona que ha sufrido abusos sexuales en la niñez y que a su vez es débil, solitaria, con baja autoestima e incapaz de enfrentarse a situaciones de estrés (16, 38).

En lo referente a la **disforia de género**, antiguamente se decía que las personas que padecían este problema eran consideradas como desviados o enfermos mentales. Actualmente, aunque se desconocen las causas reales en las que radica la disforia, se ha ido abriendo camino una nueva teoría biológica que echa por tierra a la anteriormente utilizada teoría psicosocial. Esta hipótesis dicta, que el problema se origina en el desarrollo temprano del cerebro por influencia de esteroides sexuales. A través de estudios neurobiológicos, se han propuesto como algunos de los causantes: el estrés materno, la exposición a fármacos durante el embarazo y otro tipo de enfermedades, como la hiperplasia adrenal congénita y el síndrome de insensibilidad a los andrógenos (36). También se han realizado estudios de componente genético en gemelos y no gemelos, y donde al menos un familiar padecía disforia de género. Sin embargo, no se han demostrado variantes específicas de un gen que incrementen o disminuyan la probabilidad de desarrollar este problema (36,39).

#### **I.IV. DIAGNÓSTICO**

Para realizar el diagnóstico de los trastornos sexuales, se valora si los síntomas presentes en el paciente cumplen los criterios diagnósticos según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) (15).

A lo largo de este apartado, se van a ver representados aquellos **criterios diagnósticos de los trastornos sexuales más prevalentes en la población**. En el *anexo 3*, se encuentran el resto de criterios, correspondientes a las disfunciones sexuales y trastornos parafilicos (15,16).

En la elaboración de los criterios de cada **disfunción sexual**, a excepción de las disfunciones sexuales especificadas y no especificadas, aparecen una serie de subtipos o especificadores. La función de éstos, se basa en determinar el inicio del trastorno “*de por vida o adquirido*”, el contexto en el cual se genera el problema “*generalizado o situacional*” y la gravedad actual de la disfunción “*leve/moderado/grave*” (15).

El DSM-5 establece como criterios diagnósticos del **trastorno del interés/excitación sexual femenino** la inexistencia o descenso de “*al menos uno de los seis síntomas siguientes: interés ausente o disminuido, fantasías o pensamientos sexuales o eróticos carentes o escasos, pequeño o ausente inicio de la actividad sexual, excitación o placer sexual carente o insuficiente en el 75-100% de los casos, reducción en la excitación o placer sexual tras invitación interna o externa, sensaciones genitales o no genitales inexistentes o limitadas en el 75-100% de los casos*” (15). Asimismo, para cerciorarse del diagnóstico “*la disfunción sexual no se relaciona con una variación grave en la conducta de la pareja, causas estresantes u otro tipo de trastornos mentales; de igual manera, tampoco se puede aplicar a las consecuencias que pueden surgir de la acción de una sustancia o fármaco u otro padecimiento médico*” (15). Los síntomas de la disfunción deben persistir durante al menos seis meses (15).

Por otra parte el DSM-5 establece como criterios diagnósticos del **trastorno eréctil** la existencia de “*uno (o más) de los síntomas siguientes en un 75-100% de la actividad sexual: dificultad en lograr una erección durante la actividad sexual, dificultad en mantener la erección hasta finalizar el acto sexual y disminución de la rigidez de la erección*” (15). Además para asegurar el diagnóstico “*la disfunción sexual no se explica mejor como consecuencia de una alteración en la conducta de la pareja, factores estresantes y no se puede aplicar a las consecuencias que pueden surgir de la acción de una sustancia o fármaco u otro padecimiento médico*” (15). Los signos de la disfunción deben persistir durante al menos seis meses (15).

En lo que respecta a los **trastornos parafilicos**, los especificadores varían dependiendo de qué tipo de trastorno utilicemos.

Para realizar el diagnóstico del **trastorno pedofílico**, el DSM-5 establece que “*durante por lo menos seis meses, se produce una fuerte y reiterada excitación sexual derivada de fantasías y deseos que implican actividad sexual con uno o más niños menores de 13 años*” (16). El sujeto en cuestión “*tiene al menos 16 años y es como mínimo 5 años mayor que el niño*” (16). Se debe de especificar si “*la atracción es únicamente por niños, por el sexo masculino, femenino o por ambos sexos o si está limitado al incesto*” (16).

En el caso de la disforia de género, los criterios diagnósticos quedarán estructurados según la etapa de desarrollo de la persona (17).

El DSM-5 establece como criterios diagnósticos de la **disforia de género en niños**: “*al menos seis de las siguientes características, siendo una de ellas el deseo de pertenecer al sexo opuesto: los chicos tienen preferencia por el travestismo y las chicas prioridad por vestir con ropa masculina, fantasías y preferencias por pertenecer al otro sexo, utilización de juguetes o juegos del sexo contrario, preferencia por jugar con compañeros del sexo opuesto, evitación de los chicos por jugar a juegos bruscos y rechazo de las chicas a los juegos y actividades del sexo femenino, frustración con la propia anatomía y deseo de tener características sexuales primarias y secundarias del sexo opuesto*” (17). Estos síntomas deben permanecer durante mínimo seis meses (17).

Se debe de especificar si coinciden las características “*con un trastorno de desarrollo sexual (p.ej., síndrome de insensibilidad androgénica)*” (17).

Por otra parte tenemos la **disforia de género en adolescentes y adultos** en la cual el DSM-5 establece como criterios diagnósticos: “*existencia de al menos dos de los siguientes*

*síntomas, presentes como mínimo durante un período de seis meses: incoherencia entre el sexo que uno siente y sus caracteres sexuales primarios o secundarios, deseo de desprenderse de los caracteres sexuales propios primarios o secundarios, intención de poseer caracteres sexuales primarios y secundarios, afán por pertenecer y ser tratado como del sexo opuesto, convicción de que uno tiene los sentimientos y reacciones típicas del otro sexo” (17).*

Es necesario especificar si coinciden las características “*con un trastorno de desarrollo sexual (p.ej., síndrome de insensibilidad androgénica) o bien, con una persona que ha hecho la transición al sexo deseado” (17).*

# Capítulo II. Evaluación y tratamiento

---

## II.1 INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

Antes de comenzar con los diferentes tipos de evaluación llevados a cabo en los trastornos sexuales, es importante mencionar el ambiente en torno al cual gira todo el proceso de valoración, ya que puede ser determinante para el tratamiento y el diagnóstico del problema sexual a tratar. Para ello, uno de los elementos fundamentales de todo profesional, es la utilización de estrategias comunicativas, como la escucha activa y la empatía (10,40), que desarrollaremos más en profundidad en el tercer capítulo.

Como hemos visto anteriormente en el apartado de prevalencia y etiología, dentro de los trastornos sexuales los más frecuentes entre la población son las disfunciones sexuales, por ello y en primer lugar, vamos a describir cuales son las técnicas comúnmente empleadas en la evaluación de las disfunciones, para posteriormente enumerar que herramientas son las utilizadas en el caso de los trastornos parafilicos y la disforia de género.

Los métodos generalmente utilizados en la evaluación de las disfunciones sexuales son: La entrevista inicial, elaboración de la historia clínica sexual, cuestionarios o autoinformes y autorregistros (12,28, 41, 42).

### ENTREVISTA INICIAL

El principal objetivo de la primera entrevista, es el conocimiento del problema sexual, ya sea mediante la narración por parte del sujeto o a través de preguntas abiertas formuladas por el profesional. La entrevista puede hacerse de forma individual o conjunta, aunque es conveniente elegir esta última opción, porque de esta forma se consigue una visión global de las dificultades sexuales al observar la manera en la que es presentado el problema por cada miembro de la pareja (12,28, 41, 42).

Durante el curso de esta entrevista la persona responsable de realizar preguntas al sujeto, explica las pautas generales de trabajo que se siguen para la obtención de la información, el número de sesiones programadas, tanto individuales como en pareja, así como la utilización de otras formas de recogida de información (autoinformes y autorregistros). Además, se identificará si realmente se trata de una disfunción sexual y el grado de colaboración por parte de la pareja (12,28, 41, 42).

### HISTORIA CLÍNICA SEXUAL

Por lo general, la historia clínica sexual se realiza en una segunda entrevista ya establecida por el terapeuta; ésta es esencial para un adecuado diagnóstico y posterior tratamiento. A continuación se describen los aspectos más importantes que debe contener (12,28, 41, 42):

- Datos de filiación: Circunstancias familiares, de pareja, laborales y sociales.
- Motivo de consulta: Aunque es probable que el paciente nos haya referido el problema, se le preguntará si ha habido mejorías, como es su vivencia emocional, si le ocurre en todas sus relaciones...
- Evaluación médica: Conocer sus antecedentes personales y familiares, hábitos tóxicos, toma de fármacos y otros factores de riesgo. Prestar especial importancia en aquellas enfermedades (p.ej., crónicas, endocrinas, cardiovasculares).
- Evaluación psicológica: Comprobar si tiene antecedentes psicopatológicos (p.ej., abusos sexuales, malos tratos, alteración de la autoestima).

- Historia psicosexual: Realizar una evaluación focalizada en la educación sexual que ha tenido, parejas sexuales, mitos y expectativas.
- Evaluación social y estilo de vida: Observar si lleva un adecuado o inadecuado estilo de vida, conociendo aspectos tan importantes como la intimidad, paciencia y tranquilidad con su pareja.
- Evaluación de la relación de pareja: Conocer si entre la pareja se ha producido alguna crisis, el grado y tipo de motivación para afrontar el problema y de qué manera las dificultades sexuales están afectando en la relación. En esta parte, la presencia y participación del otro miembro de la pareja es clave.
- Exploración física: Se realizará una exploración general de los sistemas cardiovascular, genitourinario y nervioso, además de un examen de los caracteres sexuales secundarios. En el caso de sospecha de patología latente, se procederá a la exploración específica.
- Pruebas complementarias: Determinaciones analíticas esenciales (p.ej., hemograma, glucemia y perfil lipídico). En casos de disfunciones sexuales se suelen analizar hormonas como la testosterona libre matutina, prolactina (PRL), foliculoestimulante (FSH), luteinizante (LH), progesterona y perfil tiroideo.
- Pruebas diagnósticas específicas para cada disfunción sexual. Fotopletismografía peneana y vaginal, el uso de termistores, medidores de la tensión pubococcígea, medición del reflejo bulbocavernoso etc. Son algunas de las pruebas realizadas a pacientes para medir específicamente su respuesta genital.

## **AUTOINFORMES**

Su administración orienta a los profesionales a conocer datos acerca de su problema sexual, así como de los factores implicados. Su gran ventaja es que es utilizado para realizar estadísticas y conocer cuáles son las disfunciones más frecuentes. Por otra parte, su inconveniente es que no permite conocer con profundidad la dificultad sexual por la que atraviesa la persona. También, se debe de tener en cuenta los posibles sesgos a la hora de interpretar los datos obtenidos de esos cuestionarios. Los más utilizados son el Inventario de interacción sexual (IIS), el Inventario de satisfacción sexual (GRISS) y el Inventario de ansiedad sexual (SAI-E) (12,28, 41, 42).

## **AUTORREGISTROS**

Al igual que en los autoinformes, los autorregistros sirven tanto para el paciente como para el clínico, como instrumento para recopilar información y ver la evolución del problema. Existen dos tipos de registros: los narrativos (descripciones espontáneas sin forma predefinida) y los formales (descripciones con formato definido) (12,28, 41, 42).

Generalmente los datos que se incluyen en los autorregistros son: día, hora, situación y duración de las tareas prescritas; acciones, pensamientos, y sentimientos anteriores y durante la experiencia; grado de satisfacción y sensaciones posteriores a la experiencia; además en algunos casos, según el tipo de disfunción sexual, se puede evaluar el nivel de ansiedad experimentado antes, durante y posterior a la tareas prescritas (12,28, 41, 42).

Ante el esfuerzo que supone al paciente la realización del cuestionario, es importante advertirle que no se presione a la hora de rellenarlo, ya que en la mayoría de los casos se produce el abandono de este tipo de técnicas (12,28, 41, 42).

Otra de las cuestiones a resaltar, es la prohibición de la autoobservación, ya que puede influir de forma negativa en la disfunción en cuestión (12,28, 41, 42).

En el caso de los **trastornos parafilicos**, a la hora de elaborar tanto la entrevista como la historia clínica sexual, nos centraremos más en conocer el inicio y curso de las fantasías y conductas sexuales parafilicas y normales, además del grado actual de control en el sujeto. Como pruebas diagnósticas especializadas se realizarán evaluaciones falométricas (medición del pene en erección), además de pruebas y listas de comprobación psicosexuales como por ejemplo: Abel and Becker Cognitions Scales (evalúa pensamientos irracionales y distorsionados sobre conductas sexuales inapropiadas; es una versión para adolescentes y adultos) (25).

Con respecto a la **disforia de género**, ésta será evaluada por un psiquiatra o psicólogo con experiencia en este tipo de problemas. El profesional realizará una entrevista e historia sexual lo más completa posible, generalmente se utiliza la Entrevista de Evaluación Psicológica a Personas Transexuales (EEPPT) (*anexo 4*). Posteriormente, se hará una valoración del cumplimiento de los criterios diagnósticos establecido por el DSM-5 y otras áreas de considerada cumplimentación, como pueden ser la depresión y ansiedad; para evaluar estos dos últimos campos se han creado dos instrumentos o escalas de medición: ESANTRA (Escala de ansiedad para personas transexuales) (*anexo 4*) y EDESTRA (Escala de depresión para personas transexuales) (43,44).

## II.II TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

### LA TERAPIA SEXUAL

La Terapia Sexual se define como una modalidad terapéutica de reciente aparición orientada a **tratar las disfunciones sexuales**, cuando no se encuentra una causa fisiológica determinada o como suplemento al tratamiento médico (45).

Uno de los grandes errores del pasado, fue pensar que en el campo de las disfunciones sexuales no existía tratamiento alguno con el que poder paliar el problema de forma íntegra. Todas las terapias estaban orientadas a utilizar métodos extensos y costosos basados en modelos psicoanalíticos. A principios de los años 70, se hace público un esquema fundamentado en el tratamiento de las disfunciones sexuales, a través del libro *Inadecuación sexual humana* (Masters & Johnson, 1970). Esto suponía un gran reto, puesto que su intervención estaba basada en una terapia de corta e intensa duración, aproximadamente 15-20 días, en donde únicamente se atendían a parejas (6,46).

La técnica utilizada por Masters & Johnson fue descrita como *Focalización Sensorial*, siendo su objetivo principal el de centrar la atención en los miembros genitales de la pareja, para de este modo identificar y experimentar sus propias sensaciones corporales. Esta técnica, está basada en seis fases, aunque no necesariamente se tienen que cumplimentar todas, ya que depende de la disfunción que padezca la persona y del tipo de tratamiento que vaya a seguir (6).

El proceso de focalización sensorial es el siguiente (6, 12,47):

- Focalización sensorial I: A lo largo de esta primera fase, se busca despertar la sensualidad de ambas partes de la pareja mediante caricias en zonas que no sean los genitales. Queda prohibido el coito.
- Focalización sensorial II: En esta fase se mantiene la restricción del coito, pero se comienza la estimulación de los genitales a través de caricias. El individuo debe centrar su atención en experimentar sus propias sensaciones corporales y no las de su pareja.
- Focalización sensorial III: Se trabaja la excitación de la pareja, gracias a la estimulación con caricias (todo el cuerpo, incluido genitales).

- Orgasmo extravaginal sin realizar el coito: Incremento de la estimulación, pudiendo llegar a experimentar el orgasmo (manual u oralmente), siempre y cuando se mantenga la prohibición de practicar la cópula.
- Penetración con orgasmo extravaginal: Se puede realizar el coito, siempre y cuando no se llegue a tener un orgasmo intravaginal. Si algún miembro de la pareja, experimentara ansiedad, se volvería a la fase I hasta que dicha ansiedad disminuya.
- Realización de coito normal sin ninguna restricción: El objetivo fundamental es conseguir el orgasmo intravaginal.

A raíz de este modelo de terapia sexual, varias han sido las actualizaciones o modificaciones realizadas por autores como (Hawton, 1988), en las que siempre la base sobre la que se sustentaban era la terapia creada por Masters&Johnson.

Por tanto, la mayoría de las terapias sexuales se estructuran alrededor de cuatro fases fundamentales: 1) Evaluación y diagnóstico, utilización de diferentes instrumentos de evaluación para identificar el problema; 2) Información y educación, adecuada formación e información sobre sexualidad; 3) Tratamiento específico (p.ej., focalización sensorial); 4) Valoración y seguimiento, finalizada la intervención se trata de evaluar y mantener resultados, indicando formas de prevenir posibles reapariciones del problema (48).

Un ejemplo de modelo actual de terapia sexual basado en estas fases y que hay que destacar, ya que está desarrollado en España, es el modelo EPITEX (Figura 1), (Carrobles y Sanz, 1991), acrónimo de las siglas: **EDUCACIÓN, PERMISO, INDICACIONES ESPECÍFICAS Y TERAPIA SEXUAL**. Para el autor, la terapia sexual puede estructurarse en función a 4 niveles de intervención (Tabla 3) (49):

**Tabla 3.** Modelo EpiteX. Niveles de intervención.

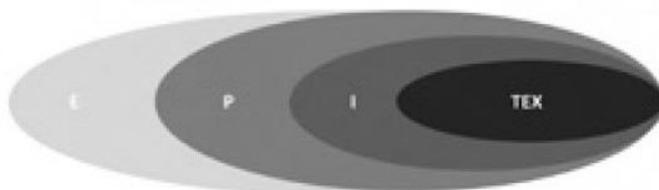
<b>Niveles de Intervención Modelo EpiteX.</b>	
Condiciones previas terapéuticas. <b>EDUCACIÓN</b>	Para poder tratar el problema se necesita de la adquisición de unos conocimientos determinados sobre salud sexual, para ello se profundiza en la explicación apropiada del problema y los estilos de vida constructivos.
Primer nivel de intervención. <b>PERMISO.</b>	Se trabaja la mejora de la comunicación en la pareja, actitudes negativas en la relación y la posibilidad de ofrecer información y educación sexual.
Segundo nivel de intervención. <b>INDICACIONES TERAPÉUTICAS.</b>	Su objetivo es reducir y eliminar la ansiedad en la propia relación sexual, mediante la facilitación de indicaciones que debe de realizar la pareja para solventar el problema.
Tercer nivel de intervención. <b>TERAPIA SEXUAL.</b>	Su función es la de conseguir objetivos más específicos, a través de la terapia intensiva psicosexual y el tratamiento de otros problemas psicológicos u orgánicos asociados (p.ej., diabetes, alcoholismo).

**Nota:** Adaptado de: Sanz Yaque A, Carrobles Isabel JA. Terapia sexual. Madrid: FUND. Universidad Empresa; 1991.

Figura 1.

### Modelo integrado de intervención en terapia sexual: Epitex

E: Educación P: Permiso I: Indicaciones TEX: Terapia Sexual



**Nota:** Extraído de: Sanz Yaque A, Carroble Isabel JA. Terapia sexual. Madrid: FUND. Universidad Empresa; 1991.

El modelo se explica por la representación de círculos concéntricos formando los 4 niveles de intervención. Los pacientes pasan por cada uno de esos niveles, siguiendo siempre el mismo orden (desde el 1º hasta el último), pero no necesariamente todos completan las cuatro categorías, ya que hay ocasiones en las que simplemente con pasar por las primeras fases, los sujetos logran la recuperación (49).

Generalmente los tratamientos psicológicos en las disfunciones sexuales, están basados en la terapia sexual. Aun así, dada la especificidad de cada problema, se requieren en muchos casos técnicas más concretas para poder solucionar cada tipo de trastorno. Algunas de las más recurrentes son: Entrenamiento muscular vaginal o ejercicios de Kegel (tiene como objetivo fortalecer la musculatura del suelo pélvico), técnica de parada o arranque (autoestimulación para conseguir detectar las sensaciones previas a la eyaculación), técnica de compresión o pinza (maniobra utilizada en el caso de la eyaculación precoz para perder la erección, presionando sobre la punta del pene, anterior a la eyaculación) y técnica de desensibilización sistemática (se intenta aprender a relajarse mientras que a su vez, los sujetos se imaginan escenas que progresivamente provocan mayor ansiedad) (50).

#### TERAPIA COGNITIVO- CONDUCTUAL

Una de las terapias estrella en el **tratamiento de los trastornos parafílicos**, son las técnicas cognitivo-conductuales, fundamentadas en base a métodos de modificación de conducta y estructuras cognitivas formadas por el sujeto (48, 51).

Desde los años 60, se han venido utilizando técnicas de condicionamiento clásico mediante la aplicación de métodos de repulsión, como por ejemplo: olores nocivos y descargas eléctricas. Éstas últimas, fueron reducidas y en la actualidad apenas se aplican debido a las consecuencias sociopolíticas que acarrea dicha práctica. Ya en los 70, muchos profesionales se vieron obligados a introducir nuevas técnicas de *Sensibilización encubierta*, orientada a que el individuo observe escenas en las que él mismo se vea practicando la conducta parafílica no deseada, sustituyendo esas imágenes excitantes por otras del tipo aversivo (p.ej., policía que lo viene a arrestar) (25, 51).

En un intento de incrementar la sensibilización encubierta, se mezclaron ésta técnica con los procedimientos de condicionamiento clásico, que se explican por la relajación que adquiere el paciente mientras visualiza la situación parafílica. Seguidamente, se interpone un estímulo aversivo y en ese mismo instante el clínico introduce un estímulo olfativo de tipo mal

oliente (p.ej., amoniaco), reduciendo de esta forma la respuesta sexual asociada al trastorno parafílico y por consiguiente, acrecentando la efectividad de la técnica (25, 51).

## II.II TRATAMIENTO MÉDICO

El actual desarrollo y auge de tratamientos médicos (quirúrgicos y farmacológicos), ayuda a que este tipo de problemas sexuales puedan verse disminuidos o incluso suprimidos. Éstos, actúan de forma individual o combinada con la terapia psicológica, siendo ésta última la herramienta más eficaz, debido a la mejora significativa de adherencia al tratamiento farmacológico que produce. A continuación y siguiendo en la misma línea que apartados anteriores, explicaremos el tratamiento médico en los trastornos sexuales que más predominan en la actualidad (10,52).

En el caso del **trastorno eréctil**, nos podemos encontrar con tres procedimientos de elección dependiendo del tipo de vía de administración o la técnica utilizada (10, 52,54):

- **Tratamiento de primera elección – Farmacoterapia oral.** Los fármacos inhibidores selectivos de la fosfodiesterasa tipo 5 (IPDE5), como son el citrato de *Sildenafil (Viagra)*, *Tadalafil (Cialis)* y *Vardenafilo (Levitra)*, son los más utilizados dentro de los tratamientos administrados vía oral, dado que sus perfiles de eficacia son relativamente elevados (60-85 %). Actúan mejorando la respuesta a la estimulación sexual, generando una erección con la rigidez suficiente para permitir la penetración vaginal. Se debe tener en cuenta que este tipo de fármacos no se deben utilizar en pacientes en tratamiento con fármacos que contienen nitrato, ya que su utilización puede derivar en un descenso brusco de tensión arterial. Como tratamiento de primera elección en pacientes que no pueden utilizar (IPDE5), se administra *Apomorfina sublingual*, mejorando la función eréctil y acrecentando las señales centrales que se producen durante la estimulación sexual. En menor medida se emplean, los *dispositivos de constricción por vacío* que no suponen una erección fisiológica normal.
- **Tratamiento de segunda elección – Inyecciones intracavernosas.** Indicado para aquellos pacientes que no responden ante la administración de medicación oral. Dentro de este tratamiento nos encontramos con varios medicamentos que tienen un efecto de vasodilatación y relajación de la musculatura lisa del pene, entre ellos el más utilizado es el *Alprostadilo - Prostaglandina E1 (Caverject)*. En algunos países se dispone también del *Alprostadilo intrauretral*, pero en este tipo de administración, las tasas de eficacia son significativamente menores que por vía intracavernosa. A pesar de no emplearse con frecuencia en la actualidad, existen tratamientos combinados con *Papaverina + Fentolamina + Alprostadilo*.
- **Tratamiento de tercera elección – Prótesis peneana.** Utilizado en pacientes que no responden a los tratamientos de 1ª elección o quieren solventar de forma permanente el problema. Se disponen de dos tipos de prótesis: *maleables (semirrígidas)*, insertadas en el interior de los cuerpos cavernosos o *prótesis inflables (2 o 3 piezas)*, cilindros que se insertan quirúrgicamente en el interior del pene. Este último tratamiento, depara en los pacientes una satisfacción de entre el 70-87% frente al resto de opciones de tratamiento.

En cuanto al **trastorno del interés/excitación sexual femenino**, pese a que la terapia sexual juega el papel más importante en la resolución del problema, el *tratamiento hormonal* con estrógenos resulta beneficioso, sobre manera en mujeres con deficiencia estrogénica. En ocasiones puede combinarse con terapia con progestágenos. Como tratamiento no farmacológico y que puede unirse tanto a la terapia sexual como a la hormonal, es la

utilización de *lubricantes y cremas vaginales hidratantes*, facilitando la penetración y el mayor disfrute de la relación sexual (10, 52, 56).

Si hablamos de trastornos parafílicos, la farmacología orientada a tratar la **pedofilia**, ofrece dos opciones: tratamiento hormonal y tratamiento con medicamentos psicoactivos. El primero de ellos, se basa en la reducción de los niveles de testosterona en sangre mediante dos tipos de hormonas, *acetato de Medroxyprogesterona* y *el acetato de Cyproterona*; pero como es de esperar, se produce un efecto rebote cuando se dejan de tomar, por ello la terapia hormonal suele ir ligada a la terapia cognitivo-conductual. Con respecto a los tratamientos con medicamentos psicoactivos, la *Fluoxetina (Prozac)* es el fármaco de elección, ya que se tolera bien y es eficaz en la reducción del deseo sexual (38,51).

Una de las principales claves en cuanto al tratamiento de la **disforia de género**, es la individualización y adaptación a las necesidades de cada persona. Dado que la mayor parte de los sujetos demandan la realización de cirugía para completar el cambio de sexo, podemos decir que tanto la terapia hormonal como la quirúrgica actúan conectadas entre sí (36,44). El objetivo principal de ese tratamiento es la reducción de la concentración de hormonas endógenas y el remplazamiento de éstas por aquellas propias del sexo de identificación. Una vez transcurrido un período mínimo de dos años de hormonación controlada por un especialista, se procede a realizar la cirugía: transexual hombre-mujer (THM) o transexual mujer-hombre (TMH) (36,56).

Por su parte, la psicoterapia actúa como pieza fundamental en todo el proceso de transformación (36, 44).

# Capítulo III: Abordaje desde Atención Primaria

---

## III. I EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA

Como venimos conociendo a lo largo de esta monografía, los trastornos sexuales juegan un importante papel en el ámbito de la salud sexual y por tanto en la salud general de las personas. Desde atención primaria, la asistencia clínica es imprescindible en la práctica profesional de muchos sanitarios, manteniendo como objetivo el cuidado integral en salud.

Considerando la salud sexual como parte esencial de los derechos humanos y el profesional de enfermería como elemento clave en todo el proceso de prevención y promoción de la salud, es fundamental destacar el rol del enfermero/a en el campo de los trastornos sexuales.

Se estima que alrededor de un 80% de los problemas sexuales que padecen los pacientes, se deben a la falta de información o a errores derivados de la carencia formativa de los profesionales, tanto facultativos como enfermeras de atención primaria (57, 58,59). Esto unido a las barreras culturales, sociales y morales, que conlleva un gran componente emocional en el trato de estos problemas, crea una sensación de malestar en el propio paciente. Por lo tanto, para solventar ese déficit de información y romper con los tabúes que nos ha impuesto la sociedad, es necesario el empleo de estrategias desde atención primaria en base a las tres categorías de prevención (10).

En primer lugar como **nivel de prevención primaria** se encuentra la educación sexual. Ésta, es fundamental conocerla desde las primeras etapas de la infancia, ya que si no se actúa a tiempo se pueden desarrollar ciertos hábitos o actitudes que son perjudiciales en la salud de la persona (10).

El profesional de enfermería en colaboración con las políticas sanitarias y educativas del país, deben de ser capaces de difundir a través de charlas informativas, talleres prácticos, sesiones en los centros de salud, etc. las nociones básicas en materia de salud sexual. Por otra parte, la formación y tratamiento de los aspectos sexuales es imprescindible en el desarrollo de todo profesional, ya que más de la mitad de los pacientes que sospechan que padecen algún tipo de trastorno sexual, acuden como primer recurso a las consultas de su médico o enfermera/o correspondiente (10,60).

En segundo lugar y dada la escasez de estadísticas fiables tanto en la prevalencia como en la incidencia de los trastornos sexuales, la realización de estudios orientados a conocer datos más exactos nos es de gran ayuda para abordar de una manera más efectiva este tipo de problemas (10).

Por último y siguiendo dentro del nivel de prevención primaria, quiero hacer referencia a la promoción de la salud. Aunque pueda parecer que la promoción desde una perspectiva de la sexualidad sea algo banal, merece mención aparte, ya que podemos reforzar el control sobre nuestra salud sexual con el objetivo de mejorarla. De este modo, la enfermera/o debe de ser consciente de proporcionar esa educación, complementándola con el apoyo emocional y motivación suficiente para que la persona pueda llegar a conocer nuevos métodos y herramientas que mejoren su vida sexual (10).

En el **nivel de prevención secundaria**, se deberá realizar una entrevista clínica lo más completa posible, con el fin de esclarecer aquellos interrogantes que nos puedan surgir acerca del problema a tratar del paciente (10).

La creación de un entorno físico favorable libre de interrupciones, la sensibilidad, el tacto, el respeto... hacen que una relación terapéutica entre sanitario-paciente logre ser más fructífera y favorezca ese clima de confianza que tanto desean muchos de los profesionales (10,60).

Por otra parte, si hablamos de las diferencias entre comunicación verbal (35%) y no verbal (65%), vemos que los datos reflejan un elevado porcentaje a favor de la comunicación no verbal, por lo tanto es ésta la que trasmite mayor información y la que más debemos de cuidar a la hora de comunicarnos (61).

Todo ello nos hace elaborar un esquema con una estructura básica determinada, en el cual, las habilidades de comunicación son aquellas capacidades que todo profesional de enfermería tiene que tener para tratar este tipo de temas tan íntimos con el mayor de los respetos. A continuación, vamos a describir aquellas que son más importantes (10, 62,63):

- Una de las habilidades que debe de estar presente a lo largo de toda la entrevista, es la **empatía**. El poder ponernos en la piel del paciente y hacerle ver que somos capaces de sentir y percibir sus emociones, de comprender sus gestos, sus palabras... Si sabemos desarrollar esta capacidad a lo largo de todo el proceso de la entrevista, la relación profesional-paciente crecerá en confianza y podremos lograr el primer efecto terapéutico.
- La **escucha activa** por su parte, se explica como aquel proceso en el cual los profesionales somos capaces de atender y asimilar todo aquello que nuestro interlocutor o paciente nos esté comentando. El saber escuchar a la otra persona, constituye un elemento esencial en la comunicación, para así poder comprender aquellas peticiones o dudas por parte del paciente o la pareja.
- Para que una comunicación sea eficaz necesitamos de la **educación y el respeto**. Éste último, se debe de comenzar a formar a través del compromiso de confidencialidad, tanto de la información que se maneje, como de si se tiene que realizar alguna maniobra exploratoria, y va implícito desde que el paciente entra en nuestra consulta. La educación por su parte, juega un papel fundamental ya no solo en el ámbito de la salud sexual, sino en cualquier otro. Es muy importante en este sentido el **saber preguntar**, evitando cualquier tipo de humillación o ironía y siempre respetando su espacio de seguridad, por ejemplo: “¿Le importa que hablemos de este tema?”, “¿Cómo se encuentra usted ahora?”, “¿Le habían ocurrido este tipo de problemas con anterioridad?”. Es conveniente la utilización de verbos de influencia como pedir, rogar o solicitar, cuando se necesite realizar una exploración física.
- El **saber informar y actuar con naturalidad y objetividad**, es fundamental para el abordaje de cualquier tipo de trastorno sexual. Intentar transmitir al paciente o a la pareja esa neutralidad, no mostrando nuestra opinión y haciéndoles ver que su problema sexual es frecuente y conocido por los profesionales de enfermería, genera en la otra persona un sentimiento de tranquilidad y seguridad que es vital para la posterior adherencia al tratamiento.
- Como último punto y no menos importante que el resto, el uso de un **lenguaje claro y preciso** (no sobrecargado de tecnicismos), la creación de un **clima terapéutico** propicio

al tema a tratar (evitar los interrogatorios, no forzar al paciente a hablar de sexo, eludir discusiones sobre su propia conducta, etc.) y el cuidado en especial del **lenguaje verbal y no verbal** (tono de voz, gestos, contacto ocular...), resulta fundamental en la comunicación, ya que son momentos cruciales donde tanto el paciente como su pareja puede abrirse a nosotros y relatarnos su tipo de problema sexual.

En cualquier caso, el profesional de enfermería deberá estar formado o al menos tener conocimientos acerca de problemáticas sexuales y saber si nos consideramos competentes para abordar la materia a tratar o si por el contrario es conveniente derivar a otro especialista (10, 62,63).

Además de la entrevista, otra de las estrategias incluidas como nivel de prevención secundaria, es la creación de grupos de trabajo dirigidos a tratar temas de sexología. Aquí, el personal de enfermería puede colaborar o estar en contacto con psicólogos y médicos para orientar a personas con determinados problemas sexuales o bien para solventar aquellas posibles dudas que se tengan al respecto (10).

El **nivel de prevención terciaria**, donde además de la reeducación y rehabilitación a individuos con necesidades especiales, tanto físicas como psíquicas, se trata la sexualidad en las enfermedades crónicas (10,64).

En general, si se da algún tipo de problema sexual en el transcurso de una enfermedad crónica (p.ej., hipertensión arterial), ésta, tiende a alterar las fases de deseo y excitación. Algunas enfermedades como la Diabetes Mellitus, producen pérdida de interés sexual o deficiencia de lubricación en etapas tempranas y sin embargo otras patologías como la tuberculosis, conservan la libido hasta fases avanzadas de la enfermedad. En la Tabla 4, quedan representadas las enfermedades crónicas con mayor posibilidad de inducir un trastorno sexual (10,64).

Por otra parte, hay determinados tratamientos farmacológicos, como los antidepresivos, que interfieren en cualquiera de las fases del deseo sexual (64). En cualquier caso, la enfermera/o debe tener en cuenta estas apreciaciones para así poder prestar una atención individualizada a sus pacientes (64).

Cabe destacar, que ante el número de demandas recibidas por los servicios de atención primaria en este ámbito, es nuestra obligación dar cabida a todas y cada una de ellas, sin excepción por falta de tiempo, déficits de conocimientos etc. Por ello, existe el llamado *consejo sexual* como modelo de intervención sexológica de ayuda puntual. Está orientado a tratar de forma individualizada o en pareja, a todo paciente que presente algún tipo de trastorno sexual o como herramienta para prevenir este tipo de problemas. Se diferencia del asesoramiento, en que éste último forma parte de una terapia sexual más (10).

### III.II ESTRATEGIAS Y RECURSOS UTILIZADOS

Como venimos hablando a lo largo de este capítulo, la atención primaria es la primera puerta de acceso a la asistencia sanitaria. Las dolencias de procedencia orgánica, son aquellas patologías más consultadas por el ciudadano, pero si ahondamos más en el terreno de la sexualidad, según la *“Guía de Buena Práctica Clínica”* el orden por el cual se establecen es el siguiente (10): En primer lugar, se encuentran aquellas *“demandas derivadas de problemas biológicos”* (inhibición del deseo y la excitación por cambios hormonales, trastornos eréctiles por diabetes mellitus...), seguidamente las consultas *“secundarias a patologías mentales”* (depresión, ansiedad...), en tercer lugar están las *“derivadas de tratamientos”* (farmacológicos, médicos o quirúrgicos), prosiguiendo la educación sexual (falta o solicitud de información) y como quinto y sexto lugar se encuentran aquellas relacionadas con el ciclo vital (respuesta

sexual en la menopausia) e inconvenientes propios de la vida sexual (eyaculación precoz, problemas de identidad sexual, etc.).

**Tabla 4.** Enfermedades crónicas con mayor posibilidad de inducir un trastorno sexual.

ENFERMEDADES	TRASTORNOS SEXUALES
<b>Hipertensión Arterial (HTA)</b>	Trastorno eréctil (varón).
<b>Infarto Agudo de Miocardio (IAM)</b>	Trastorno eréctil (varón).
<b>Diabetes Mellitus (DM)</b>	Trastorno eréctil (varón) y trastorno orgásmico femenino.
<b>Enfermedad Renal Crónica (ERC)</b>	Trastorno eréctil y trastorno del deseo sexual hipoactivo (varón) y trastorno del interés/ excitación sexual femenino.
<b>Enfermedades neurológicas (mielopatías y neuropatías periféricas y centrales)</b>	Trastorno eréctil y trastorno del deseo sexual hipoactivo (varón) y trastorno orgásmico femenino.
<b>Enfermedades Genitourinarias</b>	Trastorno eréctil (varón) y aunque no esté considerado como trastorno sexual, se incluye en este caso la insuficiente lubricación en la mujer.
<b>Cáncer de mama</b>	Trastorno del interés/ excitación sexual femenino.

**Nota:** Adaptado de: Alonso Álvaro A. Sexualidad y enfermedades crónicas. Rev Int Androl.2007; 5(1):22-8.

En Julio de 2008, desde el Ministerio de Sanidad y Política Social de España, se constituye el Comité Técnico e Institucional, el cual realiza un estudio con todas las Comunidades Autónomas (CC.AA) y Ciudades con Estatuto de Autonomía (CEA). En él, se presenta como objetivo principal trabajar acerca del abordaje de la salud sexual en cada CC.AA (65).

En los resultados obtenidos, se pudo ver una gran variabilidad de atención en torno a la salud sexual, a su vez, se determinó que es un área, donde varias comunidades autónomas no la incluyen en sus objetivos de salud. A pesar de las conclusiones extraídas en este estudio, en mayor o en menor medida, se exponen planes, programas, protocolos, actuaciones o guías en relación a la salud sexual, donde en su mayoría se llevan a cabo acciones orientadas a la población joven, como por ejemplo: páginas webs de información sexual, asesorías sobre sexualidad juvenil, charlas y talleres en colegios e institutos, etc. (65).

En materia de salud sexual, si nos centramos en la Comunidad Autónoma de Cantabria, la cartera de servicios ofrecida por el Servicio Cántabro de Salud para atención primaria, cuenta con una serie de programas y protocolos específicos, dirigidos a la mujer. Ésta abarca desde la captación y evaluación de la mujer embarazada hasta la información y seguimiento de cualquier tipo de método anticonceptivo (66).

A simple vista, la cartera de servicios no incorpora una atención especializada para aquellas personas con algún tipo de trastorno sexual. En este caso, Cantabria cuenta con unidades de apoyo como *La Cagiga*, donde los centros de atención primaria pueden coordinarse con este tipo de instituciones para prestar un tipo de servicio más específico (66,67).

**La Cagiga** es un centro de planificación familiar, dependiente funcionalmente del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, donde además de comprender acciones relacionadas con el asesoramiento, información, tramitación y dispensación de métodos anticonceptivos, atienden a todas aquellas personas o poblaciones en situación de riesgo social (p.ej., adolescentes). Si bien es cierto que da cabida a todas estas actividades, se centra todavía aún más, en la consulta psicosexual, donde aborda aquellos problemas sexuales derivados del sexo femenino, masculino o de la propia pareja en sí. Cabe destacar, que es considerado “el centro de referencia en salud sexual y reproductiva de la mujer” para toda la comunidad autónoma de Cantabria (67).

En el año 2014, una pequeña parte del equipo de profesionales sanitarios pertenecientes a este y a otros centros de salud de la comunidad, realizaron una guía interactiva que abordaba los trastornos sexuales en atención primaria. Durante los años 2012 y 2015, se recogieron una serie de datos asistenciales, en los cuales se reflejaba la prevalencia de disfunciones sexuales en esta comunidad (68). Los resultados revelaron que *“en un 96% de los casos, el trastorno sexual más frecuente eran las disfunciones sexuales, y dentro de éstas el más habitual el trastorno eréctil”* (68).

Tras analizar las estrategias y recursos utilizados desde atención primaria, se debe de promover la atención y promoción de la salud sexual, a partir de la mejora de los servicios ya existentes, así como la creación de otros nuevos que sean apropiados a las necesidades de la sociedad.

## Capítulo IV: Reflexiones

---

Para la realización de esta monografía me he inspirado en una experiencia personal vivida durante el desarrollo de mis prácticas como futura enfermera. En uno de los rotatorios de atención primaria, una paciente acudió a la consulta de enfermería solicitando ayuda para su marido. Éste, sentía vergüenza del trastorno eréctil que sufría, por lo que no se estaba realizando un seguimiento médico de su patología. Sin embargo, la enfermera no supo cómo abordar el tema ni tampoco pudo ofrecerle ningún tipo de asistencia, debido a la falta de conocimientos e información que tenía acerca del problema. Este hecho, me hizo reflexionar sobre la relevancia que tiene la formación de los profesionales de enfermería en salud sexual y estrategias comunicativas a la hora de abordar los trastornos sexuales. Por dicha razón, decidí trabajar el área de los trastornos sexuales.

Actualmente, el estigma de la enfermedad mental se encuentra muy extendido en nuestra sociedad. En el caso de los trastornos sexuales como la eyaculación precoz o la pedofilia, todavía se consideran palabras tabú, tanto para los propios pacientes y/o familiares como para el resto de la población. Por este motivo, se debe abordar este tipo de pensamientos mitificados, para poder elaborar una serie de estrategias orientadas a tratar más en profundidad estos problemas de salud y ofrecer una asistencia de calidad. Para ello, es fundamental que el equipo de profesionales, disponga de conocimientos suficientes en esta materia, además recibir formación en estrategias comunicativas.

Los profesionales sanitarios de atención primaria juegan también un papel clave en la atención a este tipo de pacientes, ya que muchos casos se diagnostican en dicho nivel asistencial. Sin embargo, la falta de formación en habilidades sociales por parte de este colectivo, pone de manifiesto las limitaciones que tienen a la hora de reconocer y por tanto diagnosticar un trastorno sexual. Por consiguiente, el profesional de salud tiene el compromiso de proporcionar al paciente un ambiente propicio en el cual los problemas sexuales sean tratados de la forma más natural y distendida posible.

Por último y no por ello menos importante, hay que resaltar la figura de la enfermera como una parte muy importante dentro del proceso asistencial de los trastornos sexuales. Ésta, debe participar de forma activa en actividades de prevención y promoción de la salud sexual, además de abordar y tratar áreas tan vulnerables como la sexualidad personal.

Deseo que un futuro próximo, los convencionalismos derivados de problemas tan frecuentes como los trastornos sexuales se hayan terminado y se puedan afrontar este tipo de temas abiertamente.

# Referencias Bibliográficas

---

1. World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research. Defining sexual health. Geneva: WHO; 2006.30.
2. Figari CE. Sexualidad, Religión y Ciencia: Discursos científicos y religiosos acerca de la sexualidad. Argentina: Brujas; 2007.
3. Vera-Gamboa L. Historia de la sexualidad. Rev Biomed. 1998; 9:116-121.
4. Castelo-Blanco C. Sexualidad Humana. Una aproximación integral. España: Médica Panamericana S.A; 2005.
5. Lameiras Fernández M, Carrera Fernández MV, Rodríguez Castro Y. El estudio de la sexualidad humana como disciplina científica: desde los albores del siglo XIX hasta la revolución sexual. En: Universidad de Vigo, editor del libro. Sexualidad y salud. El estudio de la sexualidad humana desde una perspectiva de género. Ourense: Universidad de Vigo; 2013.p. 21-122.
6. Masters W.H, Johnson V.E, Kolodny R.C. La sexualidad humana. Barcelona: Grijalbo; 1987.
7. Gourget Pi IC. Comportamiento sexual humano. Cuba: Oriente; 2008.
8. Coeducación: dos sexos en un solo mundo [Sede Web]. Madrid: Moruno García T, Varilla Valderas M; 2009 [acceso 13 de febrero de 2016]. La sexualidad humana. [aproximadamente 3 pantallas]. Disponible en: [http://www.ite.educacion.es/formacion/materiales/112/cd/m4/la\\_sexualidad\\_humana.html](http://www.ite.educacion.es/formacion/materiales/112/cd/m4/la_sexualidad_humana.html)
9. Tárraga López PJ, Cerdán Oliver M, Celada Rodríguez A, et al. Disfunciones sexuales en Atención Primaria. Rev MGyF.2007; 92: 13-23.
10. Alcoba Valls SL, García-Giralda Ruiz L, San Martín Blanco C. Guía de Buena Práctica Clínica en Disfunciones sexuales. Madrid: IM&C; 2004.
11. Martínez Ramírez S, Carreño Meléndez J, Sánchez Bravo C, et al. Disfunciones sexuales femeninas y masculinas: Comparación de género en una muestra de la ciudad de México. Salud Mental. 2005; 28(4): 74-80.
12. Labrador FJ. Enciclopedia de la sexualidad. Madrid: Espasa; 2000.
13. Zapata Boluda RM, Gutiérrez Izquierdo MI. Salud sexual y reproductiva. Almería: Universidad de Almería; 2016.
14. Valdés Miyar M, López-Ibor Aliño J.J. Trastornos sexuales y de la identidad sexual. En: López-Ibor Aliño J.J, director. DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 4ªed. Barcelona: Masson; 2002.p. 599-652.
15. American Psychiatric Association. Disfunciones sexuales. DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5ªed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014.p. 423-450.

16. American Psychiatric Association. Trastornos parafílicos. DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5ªed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014.p. 685-705.
17. American Psychiatric Association. Disforia de género. DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5ªed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014.p. 685-705.
18. Echeburúa E, Salaberría K, Cruz-Sáez M. Aportaciones y limitaciones del DSM-5 desde la Psicología Clínica. *Ter Psicol.*2014; 32(1):65-74.
19. Sandín B. ¿Cambio de Paradigma en la Clasificación de los Trastornos mentales? *RPPC.*2013; 18(3):255-286.
20. McCabe MP, Sharlip ID, Atalla Elham et al. Definitions of Sexual Dysfunctions in Women and Men: A Consensus Statement From the Fourth International Consultation on Sexual Medicine 2015. *J Sex Med.* 2016; 13:135-143.
21. Beech AR, Miner MH, Thornton D. Paraphilias in the DSM-5. *Clin Psychol.*2016; 12: 383-406.
22. Black DW, Andreasen NC. Trastornos parafílicos. En: Morales Saavedra JL, editor del libro. Texto introductorio de psiquiatría. México: El manual Moderno; 2009.p. 550-567.
23. Farré Martí JM, Lasheras Pérez MG. Trastornos de la inclinación sexual. Del estigma a la clínica: las parafilias. Tratado de psiquiatría. 8ª ed. Barcelona: Masson; 1994.p. 543-560.
24. Cáceres CF, Talavera VA, Mazín Reynoso R. Diversidad sexual, salud y ciudadanía. *Peru Med Exp Salud Pública.*2013; 30(4):698-704.
25. Becker JV, Johnson BR. Trastornos de la Identidad Sexual y Parafilias. En: Hales RE, editor del libro. Tratado de psiquiatría clínica. 5ªed. Barcelona: El sevier Masson; 2008.p. 687-708.
26. Sánchez Lorenzo I, Mora Mesa JJ, Oviedo de Lucas O. Atención psicomédica en la disforia de identidad de género durante la adolescencia. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.).* 2015.
27. Asenjo-Araque N, García-Gilbert C, Rodríguez Molina JM, et al. Disforia de género en la infancia y adolescencia: una revisión de su abordaje, diagnóstico, y persistencia. *RPCNA.*2015; 2(1):33-36.
28. Cabello Santamaría F. Manual de sexología y terapia sexual. Madrid: Síntesis; 2010.
29. Ortiz-Rocha Y. Disfunciones sexuales. *Aten Fam.* 2012; 19(4): 103-105.
30. Becker JV, Stinson JD. Sexualidad Humana y Disfunciones Sexuales. En: Hales RE, editor del libro. Tratado de psiquiatría clínica. 5ªed. Barcelona: El sevier Masson; 2008.p. 671-686.
31. Prieto Castro R, Campos Hernández P, Robles Casilda R et al. Epidemiología de la disfunción eréctil. Factores de riesgo. *Arch.Esp.Urol.* 2010; 63(8):637-639.
32. Ferrándiz Santos JA, Sáez Pomares M. Trastornos de la sexualidad. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF, Gené Badia J, editores del libro. Atención Primaria. Problemas de salud en la consulta de medicina de familia. 7ªed. Barcelona: El sevier; 2014.p.405-423.

33. Amssac.org [Sede Web]. México: Asociación Mexicana para la Salud Sexual. [Acceso 20 de marzo de 2016]. Disfunciones sexuales femeninas. [Aproximadamente 8 pantallas]. Disponible en: <http://www.amssac.org/biblioteca/disfunciones-femeninas/>
34. Otto Laumann E, Nicolosi A, Paik A et al. Sexual problems among women and men aged 40–80 y: Prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *INT J IMPOT RES*.2005; 17:39-57
35. Jiménez Díaz R. La génesis de las parafilias sexuales y la homosexualidad egodistónica: el Modelo de los Mecanismos Tensionales. *Avances en Psicología Latinoamericana*.2012; 30(1):46-158.
36. Jiménez Zarazúa C, Rodríguez Salinas M, Motilla Negrete K, et al. La evaluación multidisciplinaria en disforia de género: reporte de caso y revisión de la literatura. *Biomedicina*. 2015; 1(1): 1-11.
37. González Rodríguez SP, Lanchares Sánchez H, Lanchares Pérez JL. Parafilias. En: Montejo González AL, coordinador. *Sexualidad y salud mental*. Barcelona: Glosa; 2005.p. 283-319.
38. Balbuena Rivera F. Cartografiando la pedofilia: eficacia de los tratamientos y estrategias futuras. *Apuntes de Psicología*. 2014; 32(3): 245-250.
39. Arenas Y, Goncalves-de Freitas M. El contexto social y la comprensión psicoterapéutica en la transexualidad. *Trilogía*. 2016; 8(13): 11-25.
40. Belloch A, Sandín B, Ramos F. *Manual de psicopatología*. Madrid: McGraw-Hill; 2008.
41. García- García M, Rico- Villademoros Gamonedo F. Evaluación de la disfunción sexual. En: Montejo González AL, editor del libro. *Sexualidad y salud mental*. Barcelona: Glosa, S.L; 2005.p. 57-73.
42. Carnwath T, Miller D. Disfunción sexual. En: Toro Trallero José, editor del libro. *Psicoterapia conductual en asistencia primaria: manual práctico*. Barcelona: Martínez Roca DL; 1989.p. 225-252.
43. Asenjo Araque N, Portabales Barreiro L, Rodríguez Molina JM, et al. Transexualidad: Evaluación e Intervención Psicológica. *Clínica Contemporánea*.2013; 4(2):161-170.
44. Moreno-Pérez O, Esteva de Antonio I, GIDSEEN. Guías de práctica clínica para la valoración y tratamiento de la transexualidad. Grupo de Identidad y Diferenciación Sexual de la SEEN (GIDSEEN). *Endocrinol Nutr*.2012;59(6):367-382.
45. Jarne Esparcia A. *Psicopatología*. Barcelona: UOC; 2006.
46. Arango de Montís I. *Sexualidad humana*. México: Manual Moderno; 2008.
47. Sánchez Bravo C, Carreño Meléndez J. Guía clínica de intervención psicológica de la sexualidad humana en parejas. *Perinatol Reprod Hum*.2007; 21(1):33-43.
48. Labrador Encinas FJ. Introducción a las técnicas de modificación de conducta. En: Labrador Encinas FJ, coordinador. *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid: Pirámide; 2008.p.33-68.

- 49.Sanz Yaque A, Carrobles Isabel JA. Terapia sexual. Madrid: FUND. Universidad Empresa; 1991.
- 50.Cabello Santamaría F. Evolución del tratamiento de la eyaculación prematura y la disfunción eréctil. Valladolid: AEPS; 2009. Anuario de sexología: 11.
- 51.Muse M, Frigola G. La evaluación y tratamiento de los trastornos parafilicos. C. Med. Psicosom. 2003. 65:55-72.
- 52.Labrador FJ, Crespo M. Tratamientos psicológicos eficaces para las disfunciones sexuales.Psicothema. 2001; 13(3):428-441.
- 53.Gimenez Serrano S. Disfunción eréctil, tratamiento. Farmacia profesional.2003; 17(6):58-64.
- 54.Wespes E, Amar E, Eardley I, et al. Disfunción sexual masculina: Disfunción eréctil y eyaculación precoz. Eur Urol.2006; 49(5):102-133.
- 55.Kingsberg SA, Janata JW. Female Sexual Disorders: Assessment, Diagnosis, and Treatment. Urol Clin N Am.2007; 34: 497-506.
- 56.Rodríguez Molina JM, Asenjo N, Lucio MJ, Pérez López G, Frenzi Rabito M, Fernandez-Serrano MJ, et al. Abordaje psicológico de la transexualidad desde una unidad multidisciplinaria: la Unidad de Trastornos de Identidad de Género de Madrid. Rev Int Androl.2009; 7(2): 112-120.
- 57.Vázquez Hachero G, Ponce Domínguez J. Salud sexual y consulta de enfermería [carta]. Index Enferm.2009; 18(3):209-210.
- 58.López-Torres Hidalgo J. La detección de las disfunciones sexuales en Atención Primaria [comentario editorial]. Aten Primaria.2012; 44(9):525-526.
- 59.García-Giralda Ruiz L, Guirao Sánchez L, Alfaro González JV, Casas Aranda I, Torralba Tophan Y, Izquierdo Ros MT. Disfunciones sexuales en el sistema sanitario: ¿y nosotras qué?. Rev Int Androl. 2008; 6(1):23-26
- 60.Vázquez Hachero G, Ponce Domínguez J. Salud sexual y consulta de enfermería [carta]. Index Enferm.2009; 18(3):209-210.
- 61.Ariza Ramírez FJ, Ariza Ramírez JM. Comunicación empresarial y atención al cliente. Unidad 4, la comunicación no verbal. España: Mcgraw-Hill; 2012.
- 62.Ramón-García R, Segura-Sánchez MP, Palanca-Cruz MM, Román-López P. Habilidades sociales en enfermería. El papel de la comunicación centrado en el familiar. Rev Esp Comun Salud. 2012; 3: 49-61.
- 63.Ruiz R. La relación clínica hoy. Aten Primaria.2005; 35(6):279-80.
- 64.Alonso Álvaro A. Sexualidad y enfermedades crónicas. Rev Int Androl.2007; 5(1):22-8.

65. Lucas Matheu M, Granizo Membrado C, Tolero Pallarés J, Cofiño Fernández R, García Ruiz M, Pou Navarro T, et al. Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, política social e igualdad; 2011 [acceso 7 de mayo de 2016]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ENSSR.pdf>
66. Servicio Cántabro de Salud (SCS) [sede web]. Cantabria: Gobierno de Cantabria [acceso 20 de abril de 2016]. Servicios disponibles; [aproximadamente 4 pantallas]. Disponible en: <http://www.scsalud.es/web/scs/servicios-disponibles>
67. Servicio Cántabro de Salud (SCS) [sede web]. Cantabria: Gobierno de Cantabria [acceso 20 de abril de 2016]. Unidades de apoyo; [aproximadamente 3 pantallas]. Disponible en: <http://www.scsalud.es/web/scs/servicios-compartidos>
68. Oiver Arias R, Hoyuela Zatón F, Fernández Fonfría JR, Sobrino López A, Vaque Hergueta RM, Otero García A, et al. Guía Interactiva para el abordaje de los Trastornos Sexuales desde Atención Primaria. 2014 Disponible en: [http://sec.es/descargas/DOC\\_SEC\\_Guia\\_Abordar\\_trastornos\\_sexuales.pdf](http://sec.es/descargas/DOC_SEC_Guia_Abordar_trastornos_sexuales.pdf)

# Anexos

## ANEXO 1.

TABLA COMPARATIVA TRASTORNOS SEXUALES (DSM-IV-TR) Y (DSM-5)	
DSM-IV	DSM-5
Se forma el capítulo <b>“Trastornos sexuales y de la identidad sexual”</b> .	Según la clasificación actual, los trastornos sexuales se desdoblan en <b>disfunciones sexuales, trastornos parafilicos y disforia de género</b> .
Se considera como “trastorno” el <b>Trastorno de la Identidad sexual</b> .	El “Trastorno de la Identidad sexual” pasa a llamarse <b>“Disforia de género”</b> .
Hay división dentro de las disfunciones sexuales entre el <b>“Vaginismo” y “Dispareunia”</b> .	“Dispareunia” y “Vaginismo” se agrupan y pasan a llamarse <b>“Trastorno del dolor génito-pélvico/penetración”</b> .
La definición de <b>eyaculación precoz, no establece tiempo</b> desde la penetración vaginal.	Se considera <b>eyaculación precoz</b> , aquella que tiene lugar <b>antes de aproximadamente 1 minuto</b> desde la penetración vaginal.
Se incluye la disfunción sexual catalogada como <b>“Trastorno de aversión al sexo”</b> .	<b>Se elimina</b> el “Trastorno de aversión al sexo” con la nueva clasificación.
Los factores etiológicos asociados a la disfunción sexual son: <b>Factores psicológicos y factores combinados</b> .	Se tienen en cuenta otro tipo de factores, como por ejemplo <b>factores de pareja, factores de vulnerabilidad individual, factores culturales o religiosos...</b>
Se considera como disfunción sexual <b>“Disfunción orgásmica masculina”</b> .	<b>Se elimina</b> la “Disfunción orgásmica masculina” según la actual clasificación.
<b>No se contempla la posibilidad de incluir la “Eyaculación retardada”</b> como disfunción sexual.	En el DSM-5, <b>se incluye</b> dentro de las disfunciones sexuales la <b>“Eyaculación retardada”</b> .
Se consideran disfunciones sexuales diferentes el <b>“Deseo sexual hipoactivo”</b> y el <b>“Trastorno de excitación sexual en la mujer”</b> .	Se crea la disfunción sexual catalogada como <b>“Trastorno del interés/excitación sexual femenino”</b> .
<b>No se hace distinción entre parafilia y trastorno parafilico</b> .	Se introducen <b>nuevas definiciones para diferenciar “Parafilia” de “Trastorno parafilico”</b> .
Las <b>disfunciones sexuales</b> se caracterizan por <b>alteraciones del deseo sexual pertenecientes a las fases del funcionamiento normal de la respuesta sexual</b> .	Las <b>disfunciones sexuales</b> ya <b>NO se clasifican en función del ciclo de respuesta sexual porque la distinción entre ciertas fases (p.ej., deseo y excitación) puede llegar a ser artificial</b> .

**Nota:** Adaptado de: Mehmet Sungur M.D, Anil Gündüz M.D. A Comparison of DSM-IV-TR and DSM-5 Definitions for Sexual Dysfunctions: Critiques and Challenges. J Sex Med. 2014; 11: 364-373.

## ANEXO 2.

GSSAB: 40-80 años	Norte y Centro de Europa	Sur de Europa	Países occidentales no europeos	América Central y Sur	Área Mediterránea	Este de Asia	Sudeste de Asia
<b>HOMBRES</b>							
Pérdida de interés sexual	12.5	13	17.6	12.6	21.6	19.6	28
Dificultad para alcanzar el orgasmo	9.1	12.2	14.5	13.6	13.2	17.2	21.1
Eyacuación precoz	20.7	21.5	27.4	28.3	12.4	29.1	30.5
Dolor con la relación sexual	2.9	4.4	3.6	4.7	10.2	5.8	12
Sexo no placentero	7.7	9.1	12.1	9	14.3	12.2	17.4
Trastornos de erección	13.3	12.9	20.6	13.7	14.1	27.1	28.1
<b>MUJERES</b>							
Pérdida de interés sexual	25.6	29.6	32.9	28.1	43.4	34.8	43.3
Dificultad para alcanzar el orgasmo	17.7	24.2	25.2	22.4	23	32.3	41.2
Orgasmo demasiado rápido	7.7	11.5	10.5	18.3	10	17.6	26.3
Dolor con la relación sexual	9	11.9	14	16.6	21	31.6	29.2
Sexo no placentero	17.1	22.1	21.5	19.5	31	29.7	35.9
Trastornos de lubricación	18.4	16.1	27.1	22.5	23	37.9	34.2

*Cifra porcentual promedio, definido como disfunción percibida al menos durante mayor o igual a 2 meses/último año.*

Países que incluye	
<b>Norte y Centro de Europa</b>	Alemania, Austria, Bélgica, Reino Unido y Suecia.
<b>Sur de Europa</b>	España, Francia, Israel e Italia.
<b>Países occidentales no europeos</b>	Australia, Canadá, Nueva Zelanda, Sudáfrica y EE.UU.
<b>América Central y Sur</b>	Brasil y México.
<b>Área Mediterránea</b>	Argelia, Egipto, Marruecos y Turquía.
<b>Este de Asia</b>	China, Corea, Hong Kong, Japón y Taiwán.
<b>Sudeste de Asia</b>	Filipinas, Indonesia, Malasia, Singapur y Tailandia.

**Nota:** Adaptado de: Otto Laumann E, Nicolosi A, Paik A et al. Sexual problems among women and men aged 40–80 y: Prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. INT J IMPOT RES. 2005; 17:39-57

### ANEXO 3.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS: DISFUNCIONES SEXUALES					
	CRITERIO A	CRITERIO B	CRITERIO C	CRITERIO D	SUBTIPOS
<b>Eyacuación prematura (precoz):</b>	Patrón persistente o recurrente en el que la eyacuación se produce en el minuto siguiente a la penetración vaginal y antes de que lo desee el individuo. Este criterio está indicado en personas que realizan actividades sexuales en las que la penetración vaginal está implícita.	El síntoma del criterio A, debe haber estado presente mínimo durante <b>seis meses</b> , teniendo que haber sido experimentado por la persona en el 75-100% de las ocasiones del acto sexual.	Los síntomas incluidos en el Criterio A producen un <b>malestar clínicamente significativo</b> en la persona.	La disfunción sexual a tratar, no se explica mejor por un trastorno mental no sexual o como consecuencia de una alteración grave de la relación (p.ej., violencia de género) u otros factores estresantes significativos, y no se puede aplicar a los efectos de una sustancia/medicamento o a otra dolencia médica.	De por vida. Adquirido.  Generalizado. Situacional.  <b>Leve:</b> La eyacuación se produce entre los <b>30-60 segundos</b> aproximadamente <b>siguientes a la penetración vaginal</b> .  <b>Moderado:</b> La eyacuación se produce aproximadamente entre los <b>15-30 segundos siguientes a la penetración vaginal</b> .  <b>Grave:</b> La eyacuación se produce <b>antes de la actividad sexual</b> , al <b>principio de la misma</b> o aproximadamente a los <b>15 segundos siguientes a la penetración vaginal</b> .

**Nota:** Adaptado de: American Psychiatric Association. Disfunciones sexuales. DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5ªed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014.p. 423-450.

**CRITERIOS DIAGNÓSTICOS: DISFUNCIONES SEXUALES**

	<b>CRITERIO A</b>	<b>CRITERIO B</b>	<b>CRITERIO C</b>	<b>CRITERIO D</b>	<b>SUBTIPOS</b>
<b>Trastorno del deseo sexual hipoactivo en el varón</b>	Fantasías o ideas sexuales o eróticas y de deseo de la propia actividad sexual disminuidas o ausentes de forma insistente o recurrente. En este caso, la evaluación la hace el profesional, teniendo en cuenta factores como la edad, actividad sexual, contextos generales y socioculturales de la vida de la persona.	Han de mantenerse los síntomas (Criterio A) durante <b>seis meses como mínimo</b> .	Los síntomas incluidos en el Criterio A producen un <b>malestar clínicamente significativo</b> en la persona.	La disfunción sexual a tratar, no se explica mejor por un trastorno mental no sexual o como consecuencia de una alteración grave de la relación (p.ej., violencia de género) u otros factores estresantes significativos, y no se puede aplicar a los efectos de una sustancia/medicamento o a otra dolencia médica.	De por vida. Adquirido.  Generalizado. Situacional.  Nunca experimentó un orgasmo en ninguna situación.  Leve/Moderado/Grave.
<b>Trastorno del dolor génito-pélvico/ penetración</b>	Dificultades duraderas y recurrentes con una, o más, de la siguiente sintomatología: <b>1.</b> Penetración vaginal durante el acto sexual. <b>2.</b> Dolor marcado en la zona vulvovaginal o pélvica durante las relaciones vaginales o intentos de penetración vaginal. <b>3.</b> Marcado temor o ansiedad de percibir dolor vulvovaginal <b>antes, durante o como consecuencia</b> de la penetración vaginal. <b>4.</b> Tensión o contracción marcada de los músculos del suelo pélvico <b>durante</b> el intento de penetración vaginal.	Han de mantenerse los síntomas (Criterio A) durante <b>seis meses como mínimo</b> .	Los síntomas incluidos en el Criterio A producen un <b>malestar clínicamente significativo</b> en la persona.	La disfunción sexual a tratar, no se explica mejor por un trastorno mental no sexual o como consecuencia de una alteración grave de la relación (p.ej., violencia de género) u otros factores estresantes significativos, y no se puede aplicar a los efectos de una sustancia/medicamento o a otra dolencia médica.	De por vida. Adquirido.  Leve/Moderado/Grave.

**Nota:** Adaptado de: American Psychiatric Association. Disfunciones sexuales. DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5ªed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014.p. 423-450

**CRITERIOS DIAGNÓSTICOS: DISFUNCIONES SEXUALES**

	<b>CRITERIO A</b>	<b>CRITERIO B</b>	<b>CRITERIO C</b>	<b>CRITERIO D</b>	<b>SUBTIPOS</b>
<b>Trastorno orgásmico femenino</b>	Se tiene que experimentar <b>al menos uno</b> de los siguientes síntomas en el 75-100% de los casos en los que se tenga lugar la actividad sexual: <b>1.</b> Retraso marcado, infrecuencia marcada o ausencia de orgasmo (anorgasmia). <b>2.</b> Reducción marcada de la intensidad de las sensaciones orgásmicas.	Han de mantenerse los síntomas (Criterio A) durante <b>seis meses como mínimo</b> .	Los síntomas incluidos en el Criterio A producen un <b>malestar clínicamente significativo</b> en la persona.	La disfunción sexual a tratar, no se explica mejor por un trastorno mental no sexual o como consecuencia de una alteración grave de la relación (p.ej., violencia de género) u otros factores estresantes significativos, y no se puede aplicar a los efectos de una sustancia/medicamento o a otra dolencia médica.	De por vida. Adquirido.  Generalizado. Situacional.  Nunca experimentó un orgasmo en ninguna situación.  Leve/Moderado/Grave.
<b>Eyacuación retardada</b>	Se deben de experimentar alguno de los siguientes síntomas en el 75-100% de las ocasiones de la actividad sexual en pareja, sin que el individuo desee el retardo: <b>1.</b> Retardo marcado de la eyacuación. <b>2.</b> Infrecuencia marcada o ausencia de eyacuación. (No está establecido un límite determinado en el concepto de retardo).	Han de mantenerse los síntomas (Criterio A) durante <b>seis meses como mínimo</b> .	Los síntomas incluidos en el Criterio A producen un <b>malestar clínicamente significativo</b> en la persona.	La disfunción sexual a tratar, no se explica mejor por un trastorno mental no sexual o como consecuencia de una alteración grave de la relación (p.ej., violencia de género) u otros factores estresantes significativos, y no se puede aplicar a los efectos de una sustancia/medicamento o a otra dolencia médica.	De por vida. Adquirido.  Generalizado. Situacional.  Leve/Moderado/Grave.

**Nota:** Adaptado de: American Psychiatric Association. Disfunciones sexuales. DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5ªed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014.p. 423-450

**CRITERIOS DIAGNÓSTICOS: DISFUNCIONES SEXUALES**

	<b>CRITERIO A</b>	<b>CRITERIO B</b>	<b>CRITERIO C</b>	
<b>Disfunción sexual inducida por sustancias/medicamentos:</b>	En el cuadro clínico destaca un trastorno clínicamente significativo de la función sexual.	Existen pruebas en la historia clínica, exploración física o pruebas de laboratorio de:  <b>1.</b> Los síntomas del Criterio A desarrollados <b>durante o poco después</b> de la <b>intoxicación o abstinencia</b> de la sustancia, o <b>posterior a la exposición</b> a un medicamento.  <b>2.</b> La sustancia/medicamento implicado puede producir los síntomas del criterio A.	El trastorno no se explica mejor por una disfunción sexual no inducida por sustancias/medicamento. Las pruebas de una disfunción sexual independiente pueden incluir:  La sintomatología fue anterior al uso de la sustancia/medicamento.  Los síntomas persisten durante un período (p.ej., un mes) después de la interrupción de la abstinencia aguda o intoxicación grave.	
	<b>CRITERIO D</b>			
	El trastorno no se produce durante el transcurso de un delirium.			
		<b>CRITERIO E</b>		Existen otras pruebas que insinúan la existencia de una disfunción sexual independiente no inducida por sustancias/medicamentos (p.ej., antecedentes de episodios recurrentes no relacionados con sustancias/medicamentos).
		El trastorno causa malestar clínicamente significativo en la persona.		
<b>SUBTIPOS</b>				
<p><b>Con inicio durante la intoxicación:</b> Si se cumplen los criterios de intoxicación y los síntomas aparecen <b>durante</b> la intoxicación.</p> <p><b>Con inicio durante la abstinencia:</b> Si se cumplen criterios de abstinencia de la sustancia y los síntomas aparecen <b>durante, o poco después, de la retirada.</b></p> <p><b>Con inicio después de tomar el medicamento:</b> Los síntomas aparecerán al <b>principio</b> de haber tomado el medicamento o <b>tras alguna modificación o cambio en su pauta.</b></p> <p>Según la <u>gravedad</u> actual:</p> <p><b>Leve:</b> Ocurre en el 25-50% de las relaciones sexuales.  <b>Moderado:</b> Sucede en el 50-75% de las relaciones sexuales.  <b>Grave:</b> Ocurre en el 75% o más de las relaciones sexuales.</p>				

**Nota:** Adaptado de: American Psychiatric Association. Disfunciones sexuales. DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5ªed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014.p.423-450

**CRITERIOS DIAGNÓSTICOS: TRASTORNOS PARAFÍLICOS**

	<b>CRITERIO A</b>	<b>CRITERIO B</b>	<b>SUBTIPOS</b>
<b>Trastorno de frotteurismo</b>	Excitación sexual intensa y recurrente derivada de <b>tocamientos o fricción contra una persona</b> sin su consentimiento y que se manifiesta por fantasías, deseos irrefrenables o comportamientos, durante un período de al menos <b>seis meses</b> .	Esos deseos irrefrenables han sido cumplidos con una persona <b>que no ha dado su consentimiento</b> o causan <b>malestar clínicamente significativo</b> o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.	<p>En un <b>entorno controlado</b>: Personas que viven en una institución o en otros ámbitos en los que la oportunidad de tocamientos o fricción, es <b>limitada</b>.</p> <p>En <b>remisión total</b>: Durante al menos <b>cinco años</b> de permanencia en un entorno no controlado, el individuo no ha cumplido sus deseos con una persona sin su consentimiento y no ha existido malestar ni problemas sociales, laborales o en otros campos del funcionamiento.</p>
<b>Trastorno de travestismo</b>	Excitación sexual intensa y recurrente derivada del <b>hecho de travestirse</b> , manifestándose por fantasías, deseos irrefrenables o comportamientos determinados, durante un período de al menos <b>seis meses</b> .	Las fantasías, deseos sexuales o comportamientos irrefrenables causan <b>malestar clínicamente significativo</b> o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.	<p>En un <b>entorno controlado</b>: Personas que viven en una institución o en otros ámbitos en los que la oportunidad de travestirse <b>limitada</b>.</p> <p>En <b>remisión total</b>: Durante al menos <b>cinco años</b> de permanencia en un entorno no controlado, el individuo no ha existido malestar, ni problemas sociales, laborales o en otros campos del funcionamiento.</p> <p><b>Especificar si:</b>  <b>Con fetichismo:</b> Excitación con tejidos, materiales o prendas de vestir.  <b>Con autoginofilia:</b> Excitación con pensamientos o imágenes de uno mismo como mujer.</p>

**Nota:** Adaptado de: American Psychiatric Association. Trastornos parafílicos. DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5ªed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014.p. 685-705

**CRITERIOS DIAGNÓSTICOS: TRASTORNOS PARAFÍLICOS**

	<b>CRITERIO A</b>	<b>CRITERIO B</b>	<b>SUBTIPOS</b>
<b>Trastorno de masoquismo sexual</b>	Excitación sexual intensa y recurrente como consecuencia de ser <b>humillado, golpeado, atado o sometido a sufrimiento</b> de cualquier otra forma, y que se manifiesta por fantasías, deseos irrefrenables o comportamientos, durante un período de al menos <b>seis meses</b> .	Las fantasías, deseos sexuales o comportamientos irrefrenables causan <b>malestar clínicamente significativo</b> o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.	<p>En un <b>entorno controlado</b>: Personas que viven en una institución o en otros ámbitos en los que la oportunidad de dedicarse a comportamientos sexuales masoquistas, es <b>limitada</b>.</p> <p>En <b>remisión total</b>: Durante al menos <b>cinco años</b> de permanencia en un entorno no controlado, el individuo no ha existido malestar, ni problemas sociales, laborales o en otros campos del funcionamiento.</p> <p><i>Especificar si</i> es por <b>asfixiofilia</b>: Excitación sexual por medio de la restricción de la respiración.</p>
<b>Trastorno de sadismo sexual</b>	Excitación sexual intensa y recurrente <b>derivada del sufrimiento físico o psicológico de otra persona</b> , manifestándose por fantasías, deseos irrefrenables o comportamientos determinados, durante un período de al menos <b>seis meses</b> .	Esos deseos irrefrenables han sido cumplidos con una persona que <b>no ha dado su consentimiento</b> o causan <b>malestar clínicamente significativo</b> o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.	<p>En un <b>entorno controlado</b>: Personas que viven en una institución o en otros ámbitos en los que la oportunidad de dedicarse a comportamientos sexuales sádicos es <b>limitado</b>.</p> <p>En <b>remisión total</b>: Durante al menos <b>cinco años</b> de permanencia en un entorno no controlado, el individuo no ha cumplido sus deseos con una persona sin su consentimiento y no ha existido malestar ni problemas sociales, laborales o en otros campos del funcionamiento.</p>

**Nota:** Adaptado de: American Psychiatric Association. Trastornos parafílicos. DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5ªed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014.p. 685-705

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS: TRASTORNOS PARAFÍLICOS			
	CRITERIO A	CRITERIO B	SUBTIPOS
Trastorno de exhibicionismo	Excitación sexual intensa y recurrente derivada de <b>la exposición de los genitales a una persona desprevenida</b> y que se manifiesta por fantasías, deseos irrefrenables o comportamientos, durante un período de al menos <b>seis meses</b> .	Esos deseos irrefrenables han sido cumplidos con una persona <b>que no ha dado su consentimiento</b> o causan <b>malestar clínicamente significativo</b> o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.	<p><b>Especificar si:</b></p> <p>Sexualmente excitado por exposición de los genitales a <b>niños prepúberes</b> (menores de 13 años).</p> <p>Sexualmente excitado por exposición de los genitales a <b>individuos físicamente maduros</b>.</p> <p>Sexualmente excitado por exposición de los genitales a <b>niños prepúberes y a individuos físicamente maduros</b>.</p> <p>En un <b>entorno controlado</b>: Personas que viven en una institución o en otros ámbitos en los que la oportunidad de exposición de los genitales, es <b>limitada</b>.</p> <p>En <b>remisión total</b>: Durante al menos <b>cinco años</b> de permanencia en un entorno no controlado, el individuo no ha cumplido sus deseos con una persona sin su consentimiento y no ha existido malestar ni problemas sociales, laborales o en otros campos del funcionamiento.</p>

**Nota:** Adaptado de: American Psychiatric Association. Trastornos parafílicos. DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5ªed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014.p. 685-705

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS: TRASTORNOS PARAFÍLICOS				
	CRITERIO A	CRITERIO B	CRITERIO C	SUBTIPOS
<b>Trastorno de voyeurismo</b>	Excitación sexual intensa y recurrente derivada <b>de una persona desprevenida que está desnuda, desnudándose o dedicada a una actividad sexual</b> y que se manifiesta por fantasías, deseos irrefrenables o comportamientos, durante un período de al menos <b>seis meses</b> .	Esos deseos irrefrenables han sido cumplidos con una persona <b>que no ha dado su consentimiento</b> o causan <b>malestar clínicamente significativo</b> o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.	El individuo que experimenta esa excitación y/o que actúa con un deseo irrefrenable tiene como <b>mínimo 18 años de edad</b> .	En un <b>entorno controlado</b> : Personas que viven en una institución o en otros ámbitos en los que la oportunidad de comportamiento voyeurista, es <b>limitada</b> .  En <b>remisión total</b> : Durante al menos <b>cinco años</b> de permanencia en un entorno no controlado, el individuo no ha cumplido sus deseos con una persona sin su consentimiento y no ha existido malestar ni problemas sociales, laborales o en otros campos del funcionamiento.
<b>Trastorno de fetichismo</b>	Excitación sexual intensa y recurrente derivada <b>del empleo de objetos inanimados o interés específico por parte(s) del cuerpo distintas a los genitales</b> y que se manifiesta por fantasías, deseos irrefrenables o comportamientos, durante un período de al menos <b>seis meses</b> .	Las fantasías, deseos sexuales o comportamientos irrefrenables causan <b>malestar clínicamente significativo</b> o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.	Los <b>objetos fetiche no se limitan a prendas de vestir</b> utilizadas para travestirse o a <b>artilugios diseñados específicamente para la estimulación táctil de los genitales</b> (p.ej., vibrador).	<b>Especificar si:</b> <b>Parte(s) del cuerpo/objeto(s) inanimado(s) otro</b>  En un <b>entorno controlado</b> : Personas que viven en una institución o en otros ámbitos en los que la oportunidad de comportamientos fetichistas, es <b>limitada</b> .  En <b>remisión total</b> : Durante al menos <b>cinco años</b> de permanencia en un entorno no controlado, el individuo no ha existido malestar, ni problemas sociales, laborales o en otros campos del funcionamiento.

**Nota:** Adaptado de: American Psychiatric Association. Trastornos parafilicos. DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5ªed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014.p. 685-705

## ANEXO 4.

**Tabla 1.** Entrevista de Evaluación Psicológica para Personas Transexuales (EEPPT).

---

1. DEMANDA DEL PACIENTE
2. GENOGRAMA (Composición familiar, lugar en la fratria, relaciones familiares, convivencia...)
3. ANTECEDENTES FAMILIARES: Abortos anteriores, dificultades en el embarazo, parto, Puerperio...)
4. ANTECEDENTES DE HOMOSEXUALIDAD O TRANSEXUALIDAD EN LA FAMILIA
5. SUCESOS TRAUMÁTICOS O ACONTECIMIENTOS VITALES ESTRESANTES
6. HISTORIA DE ESTUDIOS, FORMACION Y SITUACIÓN ACTUAL
7. HISTORIA LABORAL Y SITUACION ACTUAL
8. HISTORIA DE RELACIONES SOCIALES
9. HISTORIA DE SU IDENTIDAD DE GÉNERO
10. SENTIMIENTOS Y REFLEXIONES ACERCA DE SU IDENTIDAD DE GÉNERO
11. ORIENTACIÓN SEXUAL. DIFERENCIA ENTRE SU ORIENTACION Y SU TRANSEXUALIDAD.
12. HISTORIA DE RELACIONES DE PAREJA
13. ASPECTOS SEXUALES (Consideración de sus genitales, uso...)
14. IMPACTO ACTUAL DE SU CONDICIÓN EN SU VIDA COTIDIANA: área personal, laboral, social, familiar...
15. IMPACTO PREVISIBLE DEL CAMBIO EN SU VIDA COTIDIANA: área personal, laboral, social, familiar...
16. OTROS DATOS DE INTERÉS

---

**Nota:** Extraído de: Asenjo Araque N, Portabales Barreiro L, Rodríguez Molina JM, et al. Transexualidad: Evaluación e Intervención Psicológica. Clínica Contemporánea.2013; 4(2):161-170.

**Tabla 2.** ESANTRA (Escala de Ansiedad para Personas Transexuales).

---

ITEMS	Puntuación				
1. Me siento nervioso/a	1	2	3	4	5
2. Estoy tenso/a	1	2	3	4	5
3. Estoy alterado/a	1	2	3	4	5
4. Me siento angustiado/a	1	2	3	4	5
5. Estoy preocupada/a	1	2	3	4	5
6. Estoy tan excitado/a que me cuesta dormir	1	2	3	4	5
7. Me siento inseguro/a	1	2	3	5	5
8. Estoy a disgusto	1	2	3	4	5
9. Hablar de mi transexualidad me pone nervioso/a	1	2	3	4	5
10. Pensar en ligar me produce mucha ansiedad	1	2	3	4	5
11. Cuando me critican me enfado demasiado	1	2	3	4	5
12. Cuando pienso en el tratamiento hormonal me angustio	1	2	3	4	5
13. Discuto mucho con mi pareja, amigos o mi familia	1	2	3	4	5
14. Mi futuro me preocupa mucho	1	2	3	4	5
15. Pierdo los papeles fácilmente	1	2	3	4	5
16. Soy muy inquieto/a	1	2	3	4	5
17. Pensar en tener relaciones sexuales me produce mucha ansiedad	1	2	3	4	5
18. Cuando discuto me altero mucho	1	2	3	4	5
19. Me da miedo contar mi situación	1	2	3	4	5
20. Esperar me pone nervioso/a	1	2	3	4	5
21. Pensar en mi futuro me pone nervioso/a	1	2	3	4	5
22. Cuando estoy nervioso/a sudo, tengo sensaciones en el pecho, el estómago...	1	2	3	4	5
23. Cuando tengo que tomar una decisión importante lo paso muy mal	1	2	3	4	5
24. Cuando quiero hacer una crítica me pongo demasiado nervioso/a	1	2	3	4	5
25. Cuando me siento observado/a me molesta más que a la mayoría de la gente	1	2	3	4	5
26. Si no estoy de acuerdo con algo del tratamiento me produce mucha ansiedad	1	2	3	4	5
27. Me pongo agresivo/a con cierta facilidad	1	2	3	4	5
28. Las cirugías del tratamiento me producen mucha angustia	1	2	3	4	5
29. Cuando tengo un problema real, me angustio y lo exagero	1	2	3	4	5
30. Cuando he cometido un error me preocupo más de lo normal	1	2	3	4	5

---

SUMAS COLUMNAS

---

TOTAL

---

**Nota:** Extraído de: Asenjo Araque N, Portabales Barreiro L, Rodríguez Molina JM, et al. Transexualidad: Evaluación e Intervención Psicológica. Clínica Contemporánea.2013; 4(2):161-170.

